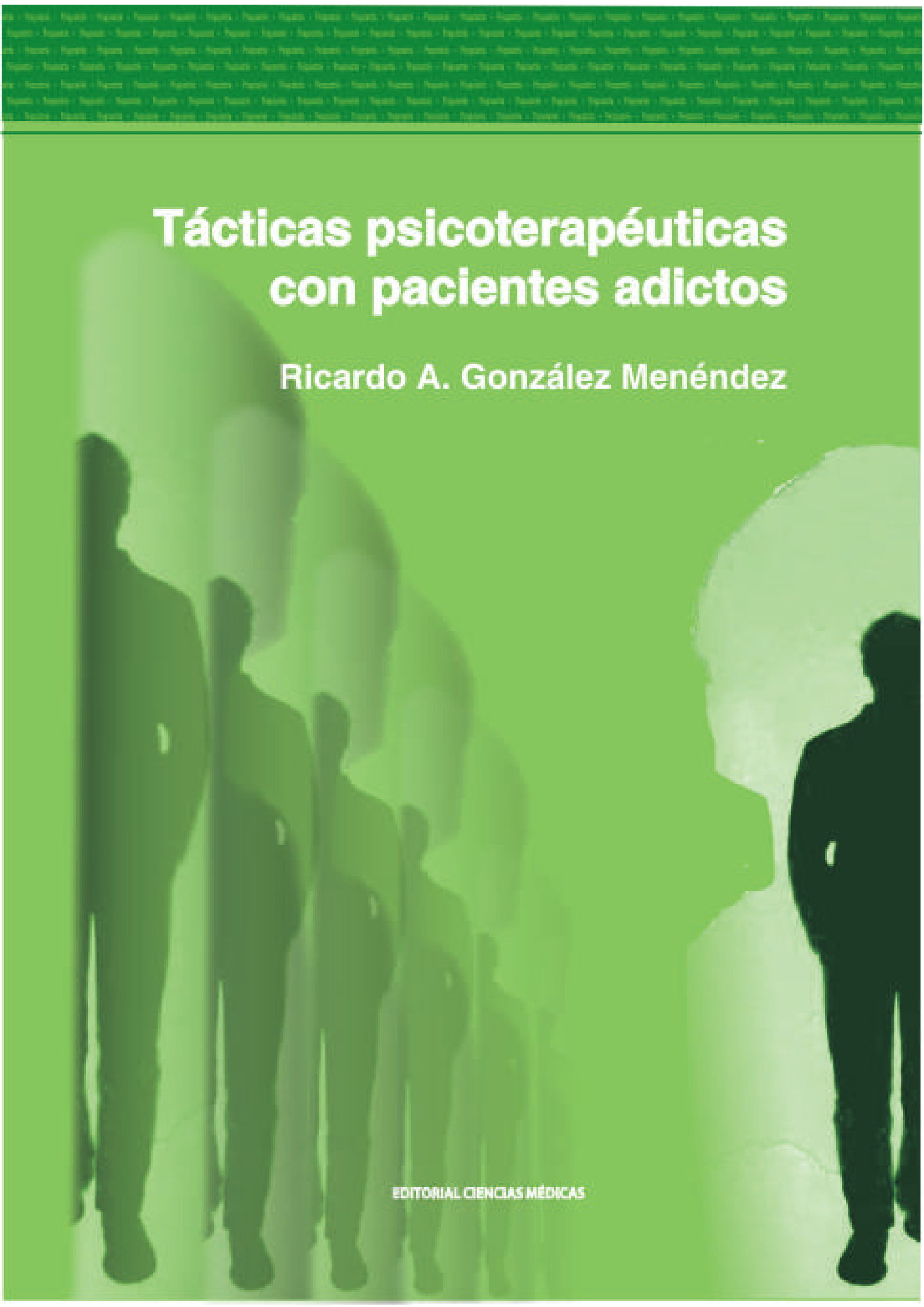
Tácticas psicoterapéuticas con pacientes adictos

Ricardo A. González Menéndez



EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

Tácticas psicoterapéuticas con pacientes adictos

Tácticas psicoterapéuticas con pacientes adictos

Ricardo A. González Menéndez

ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS
La Habana, 2011

Catalogación Editorial Ciencias Médicas

González Menéndez, Ricardo Ángel.
Tácticas psicoterapéuticas con pacientes adictos. -
La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2011.
118 p.: il., tab.
-
-
WM 420

Trastornos Relacionados con Sustancias / psicología, Trastornos Relacionados con Sustancias / rehabilitación, Psicoterapia, Relaciones Médico-Paciente

Edición: Lic. Lázara Cruz Valdés
Diseño: Ac. Luciano O. Sánchez Núñez
Emplane: Xiomara Segura Suárez

© Ricardo Ángel González Menéndez, 2011
© Sobre la presente edición:
Editorial Ciencias Médicas, 2011

ISBN 978-959-212-660-2

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle 23, entre N y O, edificio Soto, El Vedado
La Habana, CP- 10400, Cuba
Correo electrónico:ecimed@infomed.sld.cu
Teléfono: 832 5338, 838 3375
http: www.sld.cu/sitios/ecimed/

Autor

Dr. *Ricardo Ángel González Menéndez*
Académico de Mérito
Doctor en Ciencias Médicas
Doctor en Ciencias Generales
Especialista de I y II Grados en Psiquiatría
Profesor Consultante y Titular de Psiquiatría de la Universidad Médica de La Habana Presidente de la Comisión Nacional de Ética Médica
Consultante del Servicio de Toxicomanías del Hospital Psiquiátrico de La Habana "Dr. Eduardo Bernabé Ordaz" y de la Facultad "Dr. Enrique Cabrera"
Expresidente de la Sociedad Cubana de Psiquiatría
Ex-Secretario General de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

"Mientras un hombre no tenga la cabeza cortada, nada está perdido para él"
José Martí

A los que atrapados en las redes del alcohol y otras drogas hayan sentido
la necesidad de buscar ayuda profesional. A sus familiares
y a especialistas, tecnólogos y técnicos motivados
por ser cada día mejores en dicha sensible gestión asistencial.

En saludo al Día Mundial de la Salud Mental.

Prefacio

Si es usted un psicoterapeuta de experiencia, se le sugiere no ocupar su valioso tiempo leyendo este libro, ya que no le aportará conocimiento alguno; pero, si pese a esta advertencia, decide hacerlo, considere la posibilidad de recomendarlo a sus discípulos más jóvenes, pues fue, pensando en estos, que se escribió.

Mi interés por la medicina y después por la psiquiatría y la psicoterapia no fue realmente espontánea pues considero que además de algunas aptitudes, cierto temperamento facilitador y la influencia de mis progenitores, sobre todo mi madre, en lo referente a insuflar, a los tres hijos, su profunda vocación de servicio en el campo de la salud; comencé desde adolescente a conocer la significación de la pérdida de la salud por una pneumopatía, de curso prolongado, que requirió importantes esfuerzos familiares y profesionales para superarla.

Esta situación me permitió reconocer, bien temprano en mi vida, la significación de una relación médico-paciente-familia positiva y reforzó mi admiración por dos médicos pinareños que fueron mis paradigmas ético-humanísticos. Ya por esa época me había percatado de los serios trastornos psiquiátricos de mi querida madre y cursaba mi cuarto año de medicina, cuando aterricé en el diván de un magnífico psicoanalista, que por ser mi profesor de psiquiatría se esforzó por darle matiz didáctico al tratamiento que necesité por mecanismos ajenos a mi interés por la psiquiatría: una fobia social. Este tratamiento desarrollado con criterios ortodoxos y técnica magistral me permitió reconocer la importancia de la introspección, de las motivaciones inconscientes y de la relación interpersonal de ayuda profesional. Vivencié, además, la necesidad de acelerar dicho tratamiento y admiré, desde entonces, el método psicoanalítico y los aportes científicos evolutivos que lo llevaron a la psicoterapia dinámica, cuyos recursos creo muy valiosos en una proporción importante de casos.

La dedicación a las adicciones sí fue un hecho fortuito, aunque de alto valor simbólico, pues se derivó de la petición simultánea de mi gran maestro doctor Armando Córdova Castro y de mi gran amigo y director del Hospital Psiquiátrico de La Habana, doctor Eduardo Bernabé Ordaz Ducungé para que cambiara la plaza obtenida en concurso de oposición en el Hospital "Calixto García" por una plaza en el Hospital Psiquiátrico de la Habana y, precisamente, en el servicio de adicciones de este centro. El valor simbólico lo aportó el hecho de que la motivación principal de dicha doble petición era viabilizar que mi maestro en psicoanálisis, que ya transitaba la tercera edad, pudiera evitar el recorrido diario de 35 km para concurrir a su trabajo. Con mucho gusto y sin que él lo supiera, accedí al cambio de plaza y fue, sin duda alguna, la mejor decisión que en el ámbito laboral he tomado en toda mi existencia.

Nadie pudo percatarse, hasta hoy, que lo que pudo haberme hecho dudar no era la distancia, sino el hecho de que, hasta entonces, había sido por cinco años Médico General y después por más de 8 años, Especialista en Psiquiatría, que consideraba a los alcohólicos y otros drogadictos como absolutamente fuera de mis actividades profesionales en la salud.

Se cumplió así aquello de: a quien no quiere caldo, tres tazas, aunque debo reconocer que el conflicto vocacional no se prolongó, por suerte para mí y para mis pacientes, por más de dos semanas, ya que al cabo de estas ocurrió un incidente salvador de alta trascendencia dinámica para comprender mi antiguo rechazo a los pacientes adictos.

Mis actuales reflexiones introspectivas sobre lo ocurrido, un tercio de siglo atrás, me han hecho reconocer que existieron factores ético-profesionales que facilitaron la estructuración, de notables resistencias, para que en el momento de mi designación pudiese aceptar que el rechazo que sentía por estos pacientes no era, precisamente, por no considerarlos realmente enfermos, ya que dicho argumento no era más que un mecanismo inconsciente de racionalización, la esencia de mis defensas iniciales estaban en mis antiguas concepciones acerca de que las personas que asumían la conducta de los alcohólicos y los adictos a otras drogas, eran personas de poca calidad humana, con tendencias delictivas y, en el mejor de los casos, discapacitados morales.

La experiencia que echó por el suelo esta, totalmente, falsa apreciación ocurrió cuando en el tránsito hacia mi consulta pasé por el comedor de mi servicio docente "Rogelio Paredes", dedicado a la atención de pacientes alcohólicos y con otras drogadicciones procedentes de Cuba y de otros países latinoamericanos.

Quien produjo ese cambio radical de criterio fue un joven sudamericano, drogadicto de reciente admisión, que venía precedido de informes muy desfavorables en lo relativo a su comportamiento, profundamente, antisocial.

Esta fue mi experiencia: al superar un segmento del pasillo por el que me desplazaba y ubicado en un lugar, donde nadie podía haberlo visto, me encontré a este antisocial en actitud de enfrentamiento a otro ingresado, cuya estatura y peso corporal ponía, seriamente, en riesgo su vida y, en el mejor de los casos, su integridad física.

Su mensaje hacia aquel gigante transmitido en solo trece palabras pronunciadas sin alarde alguno, pero con la firmeza que surge ante una gran injusticia era: ¡Para quitarle otra vez el pollo a ese infeliz, tienes, primero que matarme!

La reflexión me llegó como un relámpago y fue, este muchacho no es, un antisocial. Para ello tomé en cuenta que, con el riesgo que corría, no obtendría ningún beneficio personal pues estaba defendiendo a un pobre paciente mental que, además de estar muy enfermo, le era prácticamente desconocido.

Me cuestioné, incluso, si yo hubiese asumido una actitud, tan riesgosa, ante la situación y, por primera vez, puse en duda aquella antigua apreciación de que los adictos al alcohol u otras drogas no eran enfermos, sino personas de baja calidad humana.

La frecuente repetición de vivencias similares y la constatación cotidiana de otras muestras de sensibilidad, involucración y solidaridad de los adictos hacia otro tipo de enfermos; las entrevistas y grupos psicoterapéuticos, y mi profundización en el conocimiento de lo que realmente son las adicciones y los comportamientos de las personas, bajo la influencia de drogas lograron que, en breve tiempo, aquel que al principio rechazaba, de manera abierta, a los adictos, comenzara a reconocerlos no solo como enfermos, sino como paradigmas de pacientes que experimentan notables sufrimientos, una vez que alcanzan la segunda fase de su evolución llamada fase contemplativa en la que la venda de aparente indolencia que cubría sus ojos cae y el paciente se percata, por vez primera, de su catastrófica conducta y sus consecuencias.

Shapiro y Frank a mediados del pasado siglo demostraron, mediante una rigurosa investigación científica que los resultados obtenidos con la ayuda psicológica, a quienes padecen algún trastorno psiquiátrico, resultan, de manera sorprendente, similares con independencia del método utilizado por los terapeutas. Había, por tanto, algo más allá de los recursos aportados durante el desarrollo de las denominadas ciencias *psi* que incluyen la Psiquiatría y la Psicología, así como otras disciplinas de las ciencias sociales y las neurociencias.

Este y muchos otros misterios de esa llamada ósmosis bienhechora que se establece en el terreno profesional entre quien busca ayuda, en materia de adicciones, y quien la ofrece, motivado por su vocación de servicios, constituyen el campo hacia el que se proyectará el libro.

En el capítulo 1 se exponen, de manera sintética, los aspectos más relevantes de la repercusión integral del uso indebido del alcohol y otras drogas con énfasis en las de efectos relevantes sobre la conducta. Se discuten también algunos mecanismos moleculares y neuropsicofisiopatológicos que, junto a los psicológicos, sociales, culturales y espirituales, explican la trascendencia integral de esta fatídica moda establecida, en forma insidiosa y progresiva, durante los últimos milenios.

Otros conceptos operativos básicos y el énfasis en la relevancia psicoterapéutica del diagnóstico de las vías patogénicas fundamentales se muestran en el capítulo 2. La relevancia de la antes denominada relación médico-paciente y hoy relación equipo de salud-paciente-familiar, para alcanzar los objetivos psicoterapéuticos, se presenta en el capítulo 3, donde se destacan las especificidades de la relación con pacientes adictos y sus familiares, así como las exigencias especiales para que estas sean exitosas y los efectos placebo implícitos en las relaciones positivas.

Los aspectos conceptuales más relevantes que permiten hablar propiamente de psicoterapia y establecer su diferenciación con la relación profesional o técnica que le sirve de base y luego, de dichas reflexiones, se exponen en el capítulo 4, brevemente, las clasificaciones, así como las escuelas teóricas de mayor utilización mundial y los recursos derivados estas, con los criterios sobre su utilidad potencial en la rehabilitación de adictos, significación de los recursos narrativos y de un método autóctono, basado en reflexiones inspirativas sobre aforismos martianos.

El capítulo 5 muestra los principios y objetivos que se consideran como indispensables en la rehabilitación de estos pacientes.

Los recursos de comunicación figurativa (símiles, metáforas y lemas) que se valoran como, especialmente, efectivos para trascender, en algún grado, la comunicación cognitiva y tocar lo afectivo de estos pacientes adictos y sus familiares se proponen en el capítulo 6.

Con mucho afecto se somete a su consideración, con la pretensión de exponer los criterios sobre esta gestión, luego de incursionar, por muchos años, en la práctica psicoterapéutica con estos pacientes, cuya conducta compleja determinados profesionales rechazan al excluirlos de la categoría de pacientes.

El desarrollo científico ha permitido el desarrollo de infinidad de métodos y recursos, de inestimable valor, para la ayuda psicológica (psicoterapia) a pacientes alcohólicos y con otras adicciones y dichos conocimientos, se encuentran hoy, afortunadamente, disponibles en cualquier biblioteca científica.

Esta modesta obra pretende, moverse en un nivel intermedio entre la ciencia y el denominado arte de curar, y cuando esta meta no sea posible, arte de aliviar o, en casos desesperados, arte de consolar. Nadie discute que la posibilidad de abordar, en forma simultánea, estas proyecciones científicas y artísticas dependen, en esencia, de las posibilidades de cualquier profesional de la salud:

1. Profundamente motivado por incorporar conocimientos mediante la investigación científica y la infatigable lectura de los aportes de quienes incursionaron antes en este campo.
2. Capaz de saber imitar en el más digno sentido del término las actitudes, habilidades y hábitos de sus maestros, luego de haberse comportado, durante el proceso enseñanza aprendizaje, como una esponja para absorber sus ejemplos positivos y como un permanente crítico para evitar repetir algunos errores que se han de detectar con el criterio de que al mejor escritor se le puede ir un borrón. Y cuyo ejercicio profesional haya siempre pretendido:
   a) Ponerse en la piel de los enfermos y familiares, sentir en lo posible como ellos e involucrarse en la solución de sus problemas.
   b) Mantener siempre una actitud de observador participante que le permita aprender el máximo de las traumáticas vivencias derivadas de conocer al

hombre y penetrar en lo más trágico de su destino, así como de su constatación de la efectividad terapéutica de sus acciones.

c) Exigirse cada vez más, en cuanto a la calidad y efectividad de su trabajo.

d) Recoger, con mucho amor, los frutos de su experiencia para transmitirlos por diferentes vías a otros que, generación tras generación, tomarán, por ley de la vida, la antorcha que antes se tomó de los formadores. Se cumple así la reflexión de nuestro apóstol: "Todo hombre al venir a la tierra tiene el derecho a que se le eduque y después en pago el deber de contribuir a la educación de los demás".

Finalmente, se pretende contribuir, en algún grado, al abordaje de algunos matices de la ayuda psicoterapéutica recibida, a través de la historia, por los miles de millones de seres humanos que han logrado salir de la trampa de las sustancias psicoactivas, durante los más de seis mil años en que dicho problema de salud comenzó su generalización.

El autor

Contenido

Capítulo 1
Generalidades/ 1
Patrón dinámico personal que reproducen los adictos cuando establecen su conciencia de enfermedad/ 1
Raíces como psicoterapeutas/ 3
Drogas y su repercusión integral/ 4
Significación ética-deontológica, axiológica, humanïstica y jurídica/ 6
Evolución espontánea de las adicciones a sustancias que modifican la conducta/ 12

Capítulo 2
Conceptos operativos fundamentales/ 14
Definición/ 14
Clasificación/ 14
Drogas blandas y duras/ 15
Droga modelo/ 15
Toxicomanías o drogadicciones/ 16
Consideraciones etiológicas/ 16
Vías patogénicas/ 17

Capítulo 3
Relación médico-paciente/ 20
Antecedentes/ 20
Consideraciones actuales/ 21
Concepto y características fundamentales/ 22
Relaciones interpersonales/ 22
Diferencias con otras relaciones interpersonales/ 23
Aspectos que deben considerarse en la relación médico-paciente clásica/ 23
Complejidades de la etapa contemporánea de la relación médico-paciente/ 26
Tipos de relación médico-paciente/ 27
Relación activo-pasiva/ 28
Relación de cooperación guiada/ 28
Relación de participación mutua/ 28
Exigencias especiales de la relación con pacientes adictos y familiares/ 28
Relación profesional con el drogadicto esquizofrénico/ 29
Efectos placebo o inespecíficos de la relación médico-paciente/ 30

Capítulo 4
Psicoterapia/ 32
Concepto/ 32
Clasificación/ 34
Concepciones filosóficas y psicoterapia/ 36
Principales corrientes teóricas en psicoterapia/ 39
Métodos basados en la exploración del inconsciente/ 39
Métodos basados en el efecto de la palabra/ 45
Métodos basados en la experimentación psicológica/ 53
Métodos basados en la expresión, comprensión e intercambio vivencial/ 66
Métodos basados en la concepción sistémica y la comunicación/ 76
Consideraciones sobre la psicoterapia narrativa en la atención a pacientes adictos/ 81
Guía para redacción de autobiografía/ 83
Reflexiones sobre pensamientos martianos como recurso inspirativo con adictos/ 86

Capítulo 5
Principios y objetivos de la rehabilitación de pacientes adictos/ 90
Principios básicos del tratamiento integral del adicto/ 90
Etapas del tratamiento de los toxicómanos/ 93
Indicadores de la proximidad de la fase de ayuda mutua/ 98
Consideraciones sobre la atención psicoterapéutica de adictos con doble diagnóstico/ 100

Capítulo 6
Símiles utilizables durante el proceso rehabilitatorio/ 104
Proceso rehabilitatorio a la luz de los símiles/ 104
Proceso rehabilitatorio en visión panorámica/ 104

Referencias bibliográficas/ 113

Capítulo 1

Generalidades

Patrón dinámico personal que reproducen los adictos cuando establecen su conciencia de enfermedad

En la época en que los adictos estaban fuera de nuestras responsabilidades médicas al considerarlos, erróneamente, como personas de poca calidad humana, con tendencias delictivas y cuando menos, deficientes morales, cuán lejos estaba yo de pensar que algún día llegaría a considerar al uso indebido de drogas en sus diferentes categorías como el problema de salud de mayor trascendencia mundial y me dedicara en cuerpo y alma a contribuir en lo posible a su enfrentamiento.

Fue un domingo en la tarde cuando concurrió a mi guardia de psiquiatría en el hospital clinicoquirúrgico "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba.

Aquel hombre de unos 40 años llegó con un cuadro de notable angustia debido a importantes problemas determinados en su hogar por sus habituales cuadros de embriaguez, durante los fines de semanas, y su justa aspiración era encontrar un profesional de la psiquiatría que pudiera comprender su situación.

Desafortunadamente, quien estaba de guardia era yo y mi actitud hacia los pacientes con adicciones no podía ser peor, aunque me duele decirlo, en aquel momento ellos, en lugar de pacientes, eran para mí, cuando menos, descarados, carentes de principios morales y de fuerza de voluntad.

El hecho de que le escuchara sin interrumpirlo durante una hora no fue más que el cumplimiento disciplinado de la norma psiquiátrica elemental de que una de los mejores métodos para atenuar la angustia de un paciente, es dejarlo hablar para que se desprenda de vivencias dolorosas. Ese recurso terapéutico se denomina catarsis y consiste en que la pena compartida es siempre menor. Su requisito esencial es comunicar el contenido doloroso a una o más personas capaces de comprender lo que ocurre y transmitir solidaridad.

No fue por cierto esa mi respuesta, toda vez que al concluir su narración realmente hecha *corazón en mano,* lejos de encontrar la ayuda que con toda justicia esperaba, mi respuesta fue en todos los aspectos contraria a lo adecuado, pues lo ignoré, lo juzgué, lo critiqué y peor aún lo rechacé por la vía de un *responso* y crudos señalamientos críticos determinantes de que al salir de la consulta se sintiese casi peor que cuando había entrado. Metafóricamente salió de allí como *el perro que tumbó la lata* y la imagen es válida, pues su postura era totalmente encorvada, casi marchaba pegado al suelo y la expresión de su rostro era de total frustración y desolación.

Lo interesante de esta experiencia real es que la misma fue aparentemente olvidada por mí, hasta que con mi práctica como terapeuta de adictos reconocí cada vez más, la magnitud de mi catastrófico comportamiento ante aquel hombre necesitado de ayuda.

Fue mi trabajo cotidiano con aquellos supuestos disociales el reactivador de aquel recuerdo que llegó a convertirse en factor dinámico de primer rango para explicar todo cuanto he hecho y haré en la lucha contra las adicciones.

Mi proposición con estos párrafos es invitar al lector a reflexionar sobre la similitud de mi manejo de la culpabilidad generada por esta experiencia que simbolizaba los daños que pude haber determinado por el rechazo a estos pacientes en los años previos a que con el tiempo llegara a convertirme en un terapeuta también de corazón como el relato del paciente de la presente historia.

Se sugiere que se valore, en forma paralela, lo que, técnicamente, se denomina mi dinámica personal y la dinámica de los adictos una vez que reconocen cuán desastrosos son los efectos personales y familiares de su comportamiento.

El primer factor que se transforma en fuente de energía para luchar es la culpa, y el manejo de esta conlleva los pasos siguientes:

1. La concientización de que el rumbo tomado fue, totalmente, equivocado.
2. El sufrimiento implícito en el reconocimiento y vivencia de la culpa.
3. La necesidad de comunicar lo mal hecho con arrepentimiento y total disposición para enmendarlo.
4. La profunda urgencia de expiar la culpa mediante sacrificio, esfuerzo y profunda dedicación a quienes sufrieron por su comportamiento.
5. La permanente búsqueda del perdón de su propia conciencia y de las personas perjudicadas.
6. Los constantes esfuerzos por reponer el daño producido, mediante nuevas conductas que sobre compensan la deuda moral y material contraída.
7. La aspiración mantenida por recuperar el reconocimiento, respeto, amor y admiración de los perjudicados.
8. El establecimiento de la plena convicción de que no habrá fuerza alguna en el mundo capaz de conducirme a dar un solo paso atrás.
9. La suma de estas vivencias me han aportado también formidables beneficios en otros aspectos de mis proyecciones filosóficas personales sobre el valor de la vida.

Si reflexionamos sobre mi comportamiento, ante el reconocimiento de mi catastrófica conducta e inmensa culpabilidad ante el rumbo tomado inicialmente (incisos 1 y 2 del listado anterior).

No he perdido oportunidad para comunicar dichas vivencias culposas, en mis grupos psicoterapéuticos y también durante mis clases con alumnos y mis publicaciones (inciso 3). Apréciese que mis comunicaciones son variantes de catarsis equivalentes a las que hacen los pacientes adictos durante su rehabilitación en las entrevistas, grupos psicoterapéuticos y grupos de autoayuda y comunicaciones interpersonales con amigos y familiares.

Mi nueva actitud ante los pacientes y el sentido de responsabilidad, sacrificios de horas libres y esfuerzos mantenidos por luchar contra las drogas ha sido mi forma de expiar la culpa (inciso 4).

La constante y simbólica búsqueda del perdón está implícita en mis esfuerzos investigativos, docentes, asistenciales y divulgativos (inciso 5).

Todas mis gestiones profesionales y personales en el campo de las adicciones se han orientado (consciente o inconscientemente) para restituir, resarcir o reponer los daños determinados a pacientes adictos y sus familiares durante mi etapa de total ignorancia sobre sus realidades como seres humanos (inciso 6).

Considero que con los esfuerzos realizados estoy recuperando el reconocimiento, respeto y afecto de quienes antes me rechazaban con toda justicia (inciso 7).

En mi criterio mis nuevas conductas no se sustentan en la llamada, popularmente, *fuerza de voluntad*, sino en firmes e irreversibles convicciones, fruto de profundas reflexiones con intenso reforzamiento emocional derivado de mis interacciones humanas con pacientes y familiares (inciso 8).

No albergo duda alguna acerca de que gracias al proceso de superación de esta culpa, he sido también un *tilín* mejor y mucho menos egoísta como ser humano como plantea Silvio Rodríguez en su brillante *Alegoría sobre los ángeles* (inciso 9).

Raíces como psicoterapeuta

Me excuso ante el lector/a por haberme extendido en vivencias personales, pero en forma simultánea le propongo, como ejercicio reflexivo inspirativo propio del terreno psicoterapéutico en que ambos incursionamos, que valoren, punto por punto, la dinámica expuesta, pero llevada ahora a la situación de alguien que reclama ayuda por una adicción y, de esta forma, pretendemos utilizar las experiencias referidas, como lo que considero la médula de los objetivos y procesos que caracterizan en su esencia, lo que entendemos por psicoterapia con enfermos de alcoholismo y de otras adicciones, ya que con independencia de los matices impuestos por los múltiples mecanismos patogénicos existentes en cada uno de los pacientes, que exigirán otras medidas indispensables en el proceso psicoterapéutico, nuestra proyección en este campo tiene, raíces cercanas a las evidentes en autores como Freud, Sullivan, Adler, Glaser, Rogers, Ellis, Beck, Berne, Haley, Frankl, Pavolv, Sechenov, Bejterev, Dubois, Miasischev, Schultz, Platonov, Mowrer, Betson, Shapiro, Dollar y Miller, Navarro, Moreno, Jaspers, Laín Entralgo, Haley, Biswanger, Alonso Fernández, Bogani, Minuchin, Castro-López, Acosta, Galigarcía, Ares, Suárez, Rodríguez.

Todos ellos y muchos más que harían la lista interminable, han contribuido a nuestra formación y sus bases teóricas principios operativos y experiencias se expresan, con mucha gratitud, en lo que hacemos al tratar de *saber dar sin recordar y recibir sin olvidar* en este maniobrar psicoterapéutico.

Drogas y su repercusión integral

Datos actualizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantean que el uso, mal uso, abuso y dependencia de drogas legales, de prescripción, e ilegales, se relaciona mundialmente con 12,4 % del total de los fallecimientos mundiales y 8,9 % del total de años perdidos por discapacidad (1).

Estimados mundiales conservadores plantean que los años de vida perdidos por discapacidades asociadas a las drogas llegan a 59 millones en el tabaco, 58 millones en el alcohol y 20 millones en las drogas ilegales, pese a que en estas últimas no se incluyen las incapacidades vinculadas a la criminalidad asociada.

Dichas cifras se hacen aún más espeluznantes, cuando a estas se le suman los años perdidos por muertes precoces para integrar el nuevo indicador conocido como carga global de enfermedad y mortalidad (CGEM), cuyos montos respectivas para el tabaco, alcohol y sustancias ilícitas alcanzan 160, 120 y 50 millones de años, con una suma total de 330 millones que se pierden cada 12 meses (2).

La repercusión económica anual de estos absurdos comportamientos ante las drogas permite calcular estimados, en países desarrollados, que alcanzan cifras cercanas a los dos mil dólares por cada habitante mayor de 15 años, con el sorpresivo hallazgo de que la mitad de esa cifra se relaciona con el uso de las sustancias llamadas duras por sus potencialidades para modificar la conciencia, la personalidad y el comportamiento y algo más de la cuarta parte de la cifra total (550 USD) son consecuencia del uso indebido de alcohol (3).

La aplicación de este indicador en EE.UU., país prototipo del mundo industrializado y respetado por la seriedad de sus estadísticas médicas, arroja que los daños sociales anuales, determinados por las drogas que afectan el comportamiento, implícitos en gastos médicos y jurídicos, ausentismo, afectación de la productividad laboral, daño a la propiedad privada o estatal y lavado de dinero, llega a 272 mil millones de USD (3); cifra que representa la tercera parte de la deuda externa de América Latina, que resulta cinco veces mayor que la afectación económica social producida, anualmente, en dicho país por la esquizofrenia, y que sería suficiente para resolver las necesidades de vivienda de todas las villas miseria de la región (4). Valores proporcionalmente similares se registran en otros países del primer mundo.

Otras realidades, sin duda impactantes, son los estimados de que el consumo excesivo e inoportuno de café determina, a escala mundial, 20 % de las prescripciones anuales de hipnotranquilizantes y que el tabaco, en igual período, determina cinco millones de muertes, por lo que resulta más mortal que la suma de fallecimientos producidos por el sida, los suicidios y los accidentes de tránsito (5).

Debe destacarse, que, estimados mundiales sobre la expectativa por vida de las tragedias vinculadas al uso indebido de drogas, muy especialmente de las que modifican el comportamiento en forma relevante, llegan a 600 millones de personas que las sufren como adictos; 600 millones que padecen como consecuencia de sus nefastos comportamientos bajo su influencia y otros mil doscientos millones de seres humanos que padecerán sus nefastas consecuencias, en el rol de familiares

convivientes, sometidos a la brutal incertidumbre magistralmente verbalizada por el escritor Romain Rolland, en su obra maestra *Juan Cristóbal*, con la frase: ¿cómo vendrá?, que consumía en vida a Luisa, la madre del protagonista, mientras esperaba de madrugada el regreso de su esposo alcohólico (6).

El total de personas que sufren este flagelo universal supera la tercera parte de la humanidad, realidad estadística que resulta aún más dolorosa cuando se reconoce su carácter prevenible (7).

La significación social de las drogas que afectan la conducta (también denominadas drogas no nicotínicas y por los especialistas como drogas duras) es, igualmente, inferible de que en muchos países desarrollados sus efectos se relacionan con 60 % de los arrestos policiales, asaltos a mano armada, fatalidades de tránsito, homicidios, incesto, violaciones, muertes por inmersión, enfermedades de transmisión sexual, teratogenias corporales y conductuales, divorcios y abandono escolar, y se consideran, además, como las principales responsables de la extrema violencia doméstica y social (5).

Datos conservadores, plantean la existencia actual de 15,4 millones de estadounidenses con abuso o dependencia alcohólica, 3,6 millones dependientes, únicamente, de drogas ilegales, y 3,3 millones adictos, de manera simultánea, al alcohol y a drogas ilegales, cifras elevadas pese a los 300 millones de habitantes en dicho país (8), y esto, en forma proporcional, al número de habitantes se reproduce en todo el llamado primer mundo. Pese a la magnitud de estas cifras, el *iceberg* de las drogas alcanzará dimensiones aún más monstruosas, cuando se evidencie con rigor científico la trascendencia de la comorbilidad psiquiátrica y somática oculta en los consumidores (9-11) y sobre todo en sus convivientes, víctimas de afecciones psíquicas y somáticas de carácter psicofisopatológico, explicables por la existencia del eje psiconeurológico-inmunohipofisario-corticogonadall (12) (13).

En lo que respecta al mundo subdesarrollado incluida América Latina, la situación comparativa con países industrializados es todavía peor, como consecuencia de la alta prevalencia de daños cerebrales inherentes a los déficit preventivo asistenciales de sus sistemas de salud, daños condicionantes del explosivo síndrome Dr. Jekyll y Mr. Hyde caracterizado por violencia extrema y destructividad, que hacen su brutal aparición bajo el efecto del alcohol y otras drogas; sustancias, cuyo consumo por la población, alcanza proporciones similares a las del mundo industrializado, pero con otros agravantes implícitos en el alto consumo de alcohol no registrado, que incluye bebidas, artesanales, alcohol puro de uso médico, alcohol desnaturalizado (alcohol de reverbero) y hasta alcohol preparado con otras sustancias tóxicas como los preparados antipiréticos y boricados. A estos factores adversos, se suman, con trágicas resultados, las penurias económicas de consumidores y convivientes (14)(15).

En Cuba, la prevalencia de alcoholismo, considerando la suma de abuso y dependencia, ronda 5 % en población de 16 o más años, cifra relativamente moderada, pero los patrones de consumo inadecuados y la proporción de bebedores de riesgo cercana a 10 % (16), junto al incipiente fenómeno del consumo de sustancias ilegales, condicionaron, en la última década, la reestructuración y ejecución de

un programa nacional para la prevención y control del uso inadecuado de sustancias, hoy en proceso de actualización con los recientes criterios de la OMS/OPS (17).

Como resumen de la repercusión médico-social y económica de las drogas y el importante papel desempeñado en estos aspectos por las siempre subvaloradas drogas legales se destaca que en EE.UU., prototipo de los países desarrollados:

- Los costes sociales globales de todas las drogas, alcanzan cifras once veces mayores que los de la esquizofrenia.
- La mitad de estos costes se vincula al tabaco, café y cola.
- La cuarta parte es determinada por el uso indebido de alcohol.

Dicho con otras palabras.

En dicho país, los costos sociales de las drogas significan dos mil dólares anuales por cada habitante mayor de 15 años y, dentro de esta cifra, la mitad (mil dólares anuales) se vincula a drogas que no modifican seriamente el comportamiento (tabaco, café y cola), y la otra mitad con drogas que sí lo hacen (alcohol, medicamentos y drogas ilícitas).

Significación ética-deontológica, axiológica, humanística y jurídica

La problemática de las drogas alcanza su tope en países dignos, cualquiera que sea su sistema económico-social, donde, la mayoría de los ciudadanos, se esfuerzan por construir un mundo mejor y es preocupante, que de no superarse las tendencias mundiales actuales, este objetivo sería prácticamente imposible, toda vez que el uso indebido de drogas, que modifican la conducta, resulta incompatible con el desarrollo individual y social de la espiritualidad, al menos tal como se concibe a partir del gran pensador José Martí, para quien: "El espíritu es lo que nos induce a comportamientos independientes de nuestras necesidades corpóreas, es lo que nos anima, nos fortalece, nos agranda" (18).

La integración de este concepto martiano, requiere la reflexión de que los seres humanos se caracterizan por un espectro de necesidades que va desde las más primitivas, las necesidades biológicas, sin cuya satisfacción se perece, e integra otras, progresivamente, menos perentorias, aunque también relevantes, como las psicológicas, las sociales, las culturales, y en un nivel superior, las necesidades espirituales, *que implican el asumir como propias las necesidades de otros* y cuyas expresiones sociales más nítidas son la sensibilidad humana, la capacidad compasiva y de involucración, la solidaridad, la responsabilidad, el heroísmo, la bondad, la dignidad, la honestidad, el altruismo, la vocación de servicio, con sus paradigmas médicos, magisteriales y clericales, la priorización del deber sobre el provecho, y el espíritu de sacrificio, espiritualidad que delimita el polo espectral opuesto al de las necesidades vitales (19).

No es secreto que es, precisamente, este polo espiritual, el que se relaciona con lo ético-deontológico-humanístico, y con las más trascendentes virtudes entre las que se destaca la profunda solidaridad que irradian aquellos para quienes nada humano les resulta ajeno.

Es también la espiritualidad quien conduce a comportarse ante otros, como quieren ser tratados de estar en su situación y esta es la regla de oro de la ética, mientras que, en el listado de contrarios, a la espiritualidad se señala el egoísmo, el pasotismo o la indiferencia ante los problemas ajenos, la crueldad, la irresponsabilidad y la carencia total de capacidad compasiva y solidaridad (20).

Si se reflexiona sobre la forma de satisfacción de las necesidades representativas de los polos descritos, se acepta que las necesidades biológicas se vinculan a comportamientos instintivo-afectivos irracionales, regidos por las regiones más antiguas y mediales del cerebro, histológicamente caracterizadas como archicortex, mientras que las espirituales implican conductas cognitivo-volitivas-racionales, reguladas por el neocortex y, sobre todo, por sus regiones prefrontales supraorbitarias, cuyo significado como centros cerebrales moduladores de los comportamientos éticos se hizo evidente desde el accidentes ferroviario de Phineas Gage ocurrido siglo y medio atrás, cuando una varilla de acero le penetró por un ojo y emergió por la región témporo-parietal opuesta. Las consecuencias más relevantes de dicho trauma, fueron que este hombre, caracterizado por su calidad humana excepcional, pasara a la historia de la medicina por haber sobrevivido y también por la brutal transformación de su personalidad que lo convirtió en paradigma de conducta antisocial (2).

Todas las drogas que modifican en forma relevante la conducta, es decir, desde el alcohol en adelante, determinan bajo su efecto inmediato, y también a mediano y largo plazos, cuando su consumo se hace esclavizante, comportamientos instintivo afectivos muy ajenos al humanismo, ética y espiritualidad que todos esperan; por lo que el uso indebido de estas sustancias, implica una profunda degradación moral aguda, con posibilidades de cronificarse, y su rango es tanto individual como macrosocial (7).

Resulta, igualmente, sorprendente identificar al uso indebido de alcohol como el principal riesgo para la salud entre los 27 monitoreados por la OPS en la región, hecho destacado sobre todo en países de baja mortalidad y natalidad. La relevancia sanitaria de este indicador, aumenta en significado cuando se toma en cuenta que entre los restantes 26 factores estudiados por la OMS/OPS se incluyen algunos de reconocida peligrosidad como el agua no potable, el medio ambiente insalubre, la presión arterial elevada, la dieta rica en grasas animales, la obesidad, la vida sedentaria, el estrés mantenido, la exposición al plomo y la ausencia de vegetales en la dieta.

Como dolorosa ratificación de lo referido, en el año 2000 el estimado de años perdidos por discapacidad y muertes precoces asociados al consumo alcohólico indebido, rondó en América Latina los 20 millones 400 mil años (21) (22).

En todo el Tercer Mundo, la repercusión global de dichas conductas inadecuadas ante el alcohol, tiene una significación médico-social comparable a la del paludismo, el sarampión, que hace verdaderos estragos en otros países sin programas de vacunación, o el dengue.

En EE.UU. se vincula anualmente a 200 mil muertes, 25 mil de ellas por fatalidades de tránsito, a 150 mil personas de todas las edades que padecerán graves

invalideces físicas o psíquicas y a mil transplantes hepáticos, así como al nacimiento anual de 350 mil niños bajo el efecto del alcohol y otras drogas (23).

Recientes estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) han ratificado el efecto de las drogas sobre los centros inhibitorios prefrontales, cuya anulación bajo su influencia es casi total, con la consecuente inadecuación del comportamiento, implícito en la afectación de los valores morales, así como con la liberación de los ancestrales centros límbicos y otras regiones subcorticales, que cuando *toman el mando de la conducta* hacen indistinguible al ser humano de los animales inferiores no dotados de conciencia. Los resultados finales de esta trágica transformación son el fundamento de los grandes sufrimientos de los convivientes ante comportamientos, totalmente, impredecibles (23).

En este libro se destacan, solamente, determinados aspectos neurofisiopatológicos. En la figura 1.1 se aprecia la reducción de la actividad prefrontal y supraorbitaria, y el incremento de esta en los niveles subcorticales cuando actúa la influencia de las drogas (hombre de 42 años que consume, diariamente, 15 cervezas más 6 vasos de licor y una botella de *whisky* gaseosa y además, consume 1,5 g de cocaína).

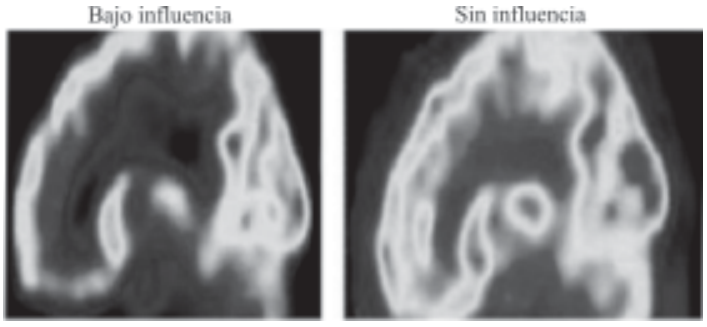


Fig. 1.1. Tomografía por emisión de positrones. Decapitación prefrontal.

Se trata de una PET en la que se aprecia que cuando el sujeto está sobrio (imagen de la derecha), el funcionamiento de la región supraorbitaria (el polo encefálico localizado hacia la izquierda de la diapositiva) se expresa por los tonos equivalentes al amarillo, anaranjado y rojo mientras que en las regiones subcorticales en que se proyectaría la actividad del sistema límbico, la actividad está casi ausente; sin embargo, en la imagen de la izquierda cuando el sujeto está bajo la influencia de drogas que modifican la conducta como el alcohol y la cocaína, se observa una disminución notable de la actividad en la región prefrontal supraorbitaria (efecto al que se denomina, metafóricamente, decapitación prefrontal, siguiendo el modelo del accidente de Phineas Gage); asimismo, aparece una notable actividad en regiones subcorticales expresada por la coloración roja.

Estos hallazgos en imágenes que ratifican, de manera plena, los registrados en estudios neuropsicofisiopatológicos, permiten ciertas reflexiones para comprender la repercusión interpersonal y familiar, laboral y comunitaria de las drogas que modifican la conducta.

Las expresiones clínicas de las disfunciones mostradas bajo el efecto de drogas como el alcohol y otras sustancias no nicotínicas son:

1. Comportamientos antiéticos como producto de la anulación del freno prefrontal supraorbitario.
2. Conductas primitivas como (agresión e incesto) y respuestas patológicas de acercamiento (adiciones y parafilias) o de evitación (agresiones, destructividad o pánico) determinadas por la liberación límbica.

Finalmente, lo que se propone llamar *decapitación prefrontal* asociada a la influencia de drogas no nicotínicas, se expresa en la práctica por notable reducción de los valores y marcado incremento de las conductas referidas, que Freud denominó regresivas. Para el padre del psicoanálisis el efecto de las drogas determina una anulación del *super yo* (hoy relacionado con estructuras prefrontales) y una liberación con incremento brutal de las necesidades del *ello*.

Estas realidades explican en parte, que la OMS en su Resolución 58.26 de mayo de 2005 reconociera la trascendencia del uso indebido de alcohol en sujetos no dependientes alcohólicos y esta realidad puede generalizarse a todas las drogas que modifican la conducta como las de prescripción, los inhalantes y las ilegales como ya se ha comentado.

Por la alta significación clínico-epidemiológica que se le confiere a la obra de William Hogarth tomada del trabajo de adscripción a la Academia de Ciencias de España, del profesor, doctor Francisco Alonso Fernández, uno de los más queridos maestros, se muestra la imagen titulada: "La calle de la ginebra" que hace evidente, mediante la euforia e indolencia de una madre embriagada, mientras su hijo cae, accidentalmente, al Támesis, la visión de un artista en 1751, sobre las catastróficas consecuencias del uso indebido de alcohol, pese a ser esta la más subvalorada de las drogas (Fig. 1.2). Como dato histórico, fue durante esta epidemia de la ginebra, determinada por la drástica reducción del precio de dicho preparado alcohólico, que tuvo su identificación clínico-epidemiológica la embriofetopatía alcohólica; riesgo que enfrenta toda mujer gestante, que consuma cualquier cantidad de alcohol.

Los 330 millones de años perdidos, anualmente, por discapacidades y muertes precoces como consecuencia del uso inadecuado de sustancias, palidecen ante los grandes sufrimientos de quienes, al llegar a la etapa contemplativa de su evolución, se percatan de la trampa en que han caído, y sobre todo, de los que en el rol de cónyuges, padres, hijos, hermanos y abuelos se convierten en drogadictos pasivos al sufrir las consecuencias de las conductas bajo influencia del consumidor.

Una década atrás, la televisión texana conmovió al mundo cuando, a petición de Jacqueline, divulgó de costa a costa la imagen original de una hermosa joven acompañada de otra que reflejaba el estado en que quedó después del accidente automovilístico que sufrió al chocar con un conductor ebrio.

Fig. 1.2. Obra de la plástica "La calle de la Ginebra", de Wiliam Hogarth.

Su gesto altruista, basado en su heroica consideración de que contribuir para evitar que otros seres humanos vivieran tragedias similares, era más trascendente que ocultar su tragedia es un formidable ejemplo de su alta espiritualidad.

La tragedia de Jacqueline, además de mostrar su alta calidad humana, hace evidente, que, además de la degradación social y económica, el uso indebido de las drogas, implica también enormes sufrimientos individuales, familiares y sociales.

Más recientemente, Bryan Lee Curtis, joven canadiense de 33 años, pidió el propio día de su fallecimiento, que se le fotografiara, mientras mantenía sobre su vientre la foto comparativa tomada tan solo 2 meses antes, donde reflejaba, junto a su hijito la felicidad de un padre ejemplar, orgulloso de su esposa e hijos y que aún desconocía la trágica enfermedad que le acechaba como consecuencia de su acendrado hábito de fumar .

La foto final transmite, igualmente, un mensaje expresivo de la alta calidad humana de Bryan, y demuestra también la angustia de su esposa e hijo que se abrazan desesperados, ante la inminente y definitiva separación por una afección que pudo ser evitada.

Esta condición de vivencia evitable hace aún más terrible la realidad para quien sufre las funestas consecuencias del hábito de fumar, capaz de reducir en 15 años la esperanza de vida y cambiar un día de vida por cada cajetilla de cigarrillos consumida.

En cuanto al uso indebido de drogas y la criminalidad se destaca que aún las drogas legales que no afectan la conducta, cuyo paradigma es el tabaco, pueden conducir, aunque, con menor frecuencia, a comportamientos delictivos, en este caso por las limitaciones económicas implícitas en una adicción que en fases de alto consumo llega a costar algo más de la mitad de un salario promedio.

Para valorar, desde una proyección sistémica e integral, la relación drogas-criminalidad, se comienza por destacar que aún el tabaco, droga que no transforma la personalidad, puede llevar, en su condición de portera, al consumo de otras sustancias, y mostrar también el camino hacia conductas delictivas de carácter económico, orientadas a garantizar el suministro de la sustancia y evitar los frecuentes conflictos familiares derivados de un gasto innecesario, que, por otra parte, afecta, gravemente, la salud, y convierten en huérfanos a niños nacidos para ser felices.

Se debe, sin embargo, destacar, que las sustancias más peligrosas en este sentido son las de la categoría no nicotínicas precisamente por su efecto trasformador de la personalidad y el comportamiento, cuyo sustrato neurofisiopatológico, se reitera, está en el bloqueo de los centros cerebrales de los valores más finos, y del control inhibitorio de los comportamientos instintivos e impulsivos, así como en la liberación de los centros subcorticales vinculados a la satisfacción inmediata de las necesidades biológicas (24).

La intensa activación de los circuitos límbicos de la gratificación y su componente más relevantes el núcleo *accumbens*, tiene como consecuencia casi inmediata, la aparición en el consumidor, de una conducta reiterante del consumo, cuyo paradigma experimental extremo es el animal de laboratorio estimulado mediante microelectrodos implantados en dicho centro cerebral y que, luego de aprender a buscar la gratificación al oprimir un botón, mantiene dicha conducta en forma automática y reiterativa con tanta intensidad que esta le conduce a la muerte por inanición a pesar de tener los más apetecibles alimentos a su alcance (25).

Este representa el más importante mecanismo que explica la absurda conducta del adicto a continuar el consumo hasta que se agotan sus recursos financieros y su caída en los delitos económicos luego de vaciar, prácticamente, su casa o la de sus padres para adquirir la sustancia esclavizante. El *desencadenamiento simultáneo de este proceso hipermotivante hacia el consumo derivado de la catastrófica activaci*ón por la droga del circuito de las gratificaciones, junto a la anulación transitoria de sus valores morales y mecanismos de control, secundarios a los efectos prefrontales supraorbitarios, se convierten en resortes psiconeurofisiopatológicos para continuar el consumo cueste lo que cueste o hasta que se produzca una crisis neurobioquímica por el agotamiento de los neurotransmisores denominada *crash*, que es, a veces, la única vía de supervivencia al actuar como mecanismo espontáneo de retroalimentación y frenar a nivel, puramente, biológico el *craving*, en caso de consumos masivos, cuya evolución espontánea es hacia la muerte.

Existen, por otra parte, mecanismos facilitadores de la criminalidad que se vinculan más, estrechamente, con los niveles psicológico, social, cultural y espiritual e integran una larga lista que incluye la disminución de la autoestima y la seguridad personal, la frustración, ante el inevitable rechazo social expresado en las muchas puertas que se cierran, la irritabilidad y la explosividad, acompañantes de la depresión y la culpa, la degradación laboral, precipitada por el ausentismo, y la reducción cuantitativa y cualitativa del trabajo, junto a las dificultades interpersonales con los compañeros y jefes, así como los accidentes de trabajo. La negativa influencia de otros consumidores, en etapas de deterioro más avanzado, la catastrófica

reducción de intereses culturales conducentes al autoaislamiento e inclusión en grupos de alto riesgo delictivo y, finalmente, el brutal egoísmo implícito en la etapa de consumo antes de que el faro de la rehabilitación sea percibido.

A estos factores se suma el desencadenamiento de graves afecciones psiquiátricas, no solo de tipo tóxicas vinculadas al efecto directo de las drogas y, generalmente, de breve duración (26) y buen pronóstico, salvo trágicos accidentes, que pueden incidir antes de su eliminación, sino la aparición, en plena juventud, de cuadros esquizofrénicos que requieren para su control, tratamientos mucho más prolongados que en la mayoría de los casos en los que las drogas no jueguen papel (27) (28).

Luego de un tercio de siglo como terapeuta de adictos al alcohol y otras drogas, se considera que el uso, mal uso, abuso y dependencia de sustancias, sobre todo de aquellas que afectan la conducta en forma relevante, se vinculan a las mayores tragedias conocidas como profesional y ser humano, con nivel solamente comparable con las guerras, las hambrunas, las grandes catástrofes naturales y la miseria extrema.

Las realidades expuestas constituyen un importante factor motivacional para la ayuda psicoterapéutica a quienes han caído en la trampa de las adicciones a sustancias psicoactivas.

Evolución espontánea de las adicciones a sustancias que modifican la conducta

La utilización de un símil que pretende transmitir en lenguaje figurativo, como evolucionan las personas cuando las gestiones de promoción de salud y prevención específica no rindieron los frutos esperados y cayeron en la trampa del alcohol y otras drogas como determinados medicamentos, inhalantes y sustancias ilegales, todas consideradas en este libro como drogas duras.

El símil que reproduce la cuesta abajo determinada por la incorporación de las drogas duras al estilo de vida, puede estructurarse a partir del cuento popular del cerdito que debido a muchos actos heroicos y la consecuente gratitud generada, era tan querido por una familia, que le habían dotado de dos *paticas de palo* al considerar que *un cerdito con esa historia positiva, no debía comerse de una sola vez*.

Las drogas que modifican la conducta (y por eso se consideran drogas duras) van también comiéndose, poco a poco, al consumidor, extremidad por extremidad y así comienzan por la *patica* de la espiritualidad, con lo que el adicto pierde la capacidad de asumir, como propias, las necesidades de otros, y se agota su sensibilidad humana, su compasividad y su involucración en los problemas de los seres queridos, con lo que su comportamiento se hace crudamente egoísta e indiferente ante los problemas familiares.

Después, se pierde la *patica* de lo cultural y se borran los intereses habituales, familiares, laborales, artísticos, deportivos, recreativos, religiosos, filosóficos e ideológicos. Cuando continúa el consumo, se pierde la *patica* social, por lo que la imagen que se proyecta en el hogar y la comunidad se hace, en su totalidad, diferente

a la original, el sujeto es etiquetado por sus vecinos y amigos con el cartelito de borracho, pastillero, marihuanero, cocainómano o cambolero (fumador de piedras de *crack* o cámbolas), y su imagen social se degrada, simultáneamente, con su estatus.

Más tarde, le toca el turno a la *patica* psicológica y se instala la depresión, la culpa, la inseguridad, la inferioridad y los celos.

De no lograr salir por la puerta de la rehabilitación, el proceso destructivo sigue su curso y ejerce su acción al nivel visceral, dando cuenta de órganos tan importantes como el cerebro, el corazón, el hígado y los genitales.

La reflexión sobre estos efectos implica que al perder sus cuatro extremidades, el cerdito, indefectiblemente, se revuelca en el estiércol.

En efecto, cuando un adicto a sustancias que degradan la conducta se encuentra en etapa de consumo, no hace otra cosa que revolcarse en sus deyecciones y esto debe reconocerlo, aunque resulte muy doloroso.

El símil ha transmitido, con toda crudeza, lo que puede ocurrir (hasta en el mejor de los seres humanos), si se cruza de brazos ante la tragedia de su adicción.

Pero cuando por alguna vivencia trascendente o por el confrontamiento con la realidad logrado, mediante la gestión de familiares o amigos se abren los ojos del adicto y busca ayuda profesional, comienza el proceso rehabilitatorio en el que la psicoterapia y la socioterapia conducidas por seres humanos, vocacionalmente, dspuestos a este proceso, el pronóstico cambia de modo sustancial.

Capítulo 2

Conceptos operativos fundamentales

Definición

Los términos drogadicciones, toxicomanías, farmacodependencias, abuso de sustancias, y más modernamente desórdenes relacionados con sustancias, o trastornos mentales y del comportamiento a causa del consumo de sustancias psicotropas (29) se utilizan, de manera indistinta, para designar un relevante problema de salud que en determinados países desarrollados superan en morbilidad y casi alcanza en letalidad a las enfermedades cardiovasculares y oncológicas; sobre todo, si se tiene en cuenta, su importante función patogénica en esas entidades. Su trascendencia actual y desafortunadas perspectivas inmediatas, lo sitúan, junto a las guerras, las hambrunas y la miseria extrema, entre los cuatro grandes flagelos de la humanidad, al comenzar el presente milenio y se vaticina como el principal problema de salud antes de llegar a la mitad del presente siglo (30).

Las drogas son sustancias naturales o sintéticas, legales e ilegales, médicas y no médicas que tienen efectos psicoactivos, y determinan tolerancia y dependencia. Su uso indebido mantenido causa desastrosos efectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales.

Este concepto incluye, por tanto, al café, tabaco, alcohol, psicofármacos, narcóticos, antiparkisonianos, vagolíticos, simpaticomiméticos de diferentes usos médicos, inhalantes, marihuana, cocaína, opiáceos, hongos alucinógenos, polvo de ángel, *ice* y otras nuevas drogas de síntesis.

Clasificación

La sistemática clasificatoria que se elige es la que se fundamenta en el efecto de la sustancia y que establece las categorías siguientes:

1. Drogas estimulantes: caracterizadas por la determinación de euforia y sobrevaloración de las potencialidades del consumidor, con sentimientos transitorios de omnipotencia y efímeras actitudes audaces. Los prototipos de estas drogas son las anfetaminas, la cocaína y el *ice*, ya que el café y el tabaco solo producen efectos muy discretos en su forma convencional de consumo.
2. Drogas depresoras: cuyo efecto liberador de la subcorteza (responsable fundamental de las conductas primarias instintivo afectivas) se determina por la acción inhibidora sobre los centros corticales y entre las que se cuentan el alcohol, la morfina, la heroína, las benzodiacepinas, los dioles de sustitución y los hipnóticos.

3. Drogas psicodélicas o distorsionantes: su modelo es el LSD, cuyo efecto distorsionante de la percepción espacial ha determinado miles de muertes a nivel mundial en los casos de jóvenes que se lanzan al vacío, por la falsa percepción de que la calle está solo a un paso de su balcón. Esta y otras drogas psicodélicas determinan, además, alucinaciones, despersonalización, trastornos del esquema corporal y vivencias de tipo onírico. En este grupo se incluyen también la marihuana, la fenciclidina (polvo de ángel) y los hongos alucinógenos.

Drogas blandas y duras

Pese a que el criterio mayoritario internacional establece esta clasificación priorizando los criterios de precocidad de instalación e intensidad del cuadro de supresión, daños determinados sobre la salud, riesgo de muerte y proporción de consumidores que se hacen adictos.

Dicha apreciación clasificatoria presenta el gran inconveniente de que considera al alcohol y la marihuana como drogas blandas pese a sus catastróficos efectos integrales.

La experiencia clínico-epidemiológica lleva a utilizar como criterio clasificatorio rector la afectación de la conciencia, la personalidad y la conducta determinada bajo su influencia y, por eso, se plantea que una droga capaz de convertir al mejor de los seres humanos en la peor de las bestias, no puede considerarse como droga blanda. Alcohol y marihuana, son drogas duras, pese a que una de estas es legal y la otra de carácter ilícito.

Las drogas blandas son: tabaco, café, mate, cola y té.

Como paradoja de la clasificación, el tabaco queda como droga blanda, pese a ser la sustancia psicoactiva que determina en un solo año 5 millones de fallecimientos y esa cifra supera la suma global de las muertes debidas al sida (alrededor de 3,5 millones) al suicidio (un millón) y los accidentes de tránsito cerca de 400 mil).

Droga modelo

Una breve reflexión hace comprender que el alcohol se diferencia de otras sustancias de consumo legal y no médico, como el café y el tabaco, por la capacidad del primero para afectar, seriamente, la personalidad, la conciencia y la conducta del consumidor; característica que comparte el alcohol con las más peligrosas drogas ilegales. Es, justamente, esto lo que determina su condición de prototipo por ser la única sustancia de consumo legal, capaz de reproducir toda la gama de efectos nocivos determinados por las drogas.

Esta condición de modelo permite que muchos de los aspectos preventivos, patogénicos, diagnósticos, evolutivos y terapéuticos puedan ser extrapolados a otras sustancias, aunque se tienen siempre en cuenta los aspectos específicos de estas (31).

Toxicomanías o drogadicciones

Esta amplia categoría incluye a nivel supranosográfico a los trastornos crónicos de conducta, secundarios al uso excesivo y consistente de cualquier droga, en forma tal que dicha forma de consumo se integre al estilo de vida y viole los criterios culturales de cantidad y frecuencia; así corno los de nocividad o daño, los de esclavitud y etiquetado para determinar los nefastos efectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales inherentes a dicho patrón de consumo.

A pesar de que determinados autores hablan de toxicomanía aguda, en el caso de las conductas inmediatas, determinadas por el tóxico en consumidores no habituales, y toxicomanía crónica, en los casos en que esa conducta es consistente, se prefiere designar las primeras como *conductas bajo la influencia del tóxico* y restringir el término toxicomanía para los casos en que dichos comportamientos forman parte del estilo de vida.

No obstante, se coincide, con los actuales criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de que los costos sociales de las conductas bajo la influencia de drogas en sujetos no adictos, son mayores que los determinados por los enfermos como tales.

Consideraciones etiológicas

En el decursar histórico, las concepciones patogénicas de las toxicomanías se sustentaron en una tesis, representada por el criterio biologista genético constitucional; una antítesis expresada por las concepciones ambientalistas y una síntesis, donde con enfoque integral se valoran ambos criterios en interacción con predominio de uno u otro en cada sujeto valorado (32).

El criterio de la vulnerabilidad constitucional fundamentado en el nivel y efectividad de las enzimas degradantes de los tóxicos; así como en aspectos cuantitativos y cualitativos de diferentes neurotransmisores y el grado de reactividad del circuito de las gratificaciones en el sistema límbico, ha desplazado al concepto inicial de impulso irresistible, genéticamente determinado, hacia la sustancia en cuestión y, en la actualidad, se trabaja, de manera intensa, en la búsqueda de indicadores de tendencia de corte similar a la onda P300, nivel de alcohol endógeno en el alcoholismo y actividad de monoaminooxidasa plaquetaria y eritrocítica; así como disponibilidad para el enlace encefálico de otras drogas con proteínas específicas.

Este concepto de vulnerabilidad puede ampliarse a los ámbitos neurofisiológico y psicológico, si se tiene en cuenta la predisposición implícita en secuelas encefálicas prenatal y posnatal, determinadas por diferentes noxas biológicas, y las actitudes y rasgos caracterológicos facilitadores, implícitos en psicotraumas y aprendizajes negativos, desde las primeras etapas de la vida, elementos expresivos de las proyecciones ambientalistas valoradas en el microgrupo familiar y escolar.

En lo referente *a factores macrosociales se* destaca en primer término la *actitud social*, ante la utilización de tóxicos legales e ilegales y la valoración

tolerante o crítica, ante los estados de embriaguez determinados por el consumo de estos. Nadie discute, actualmente, la ley universal de que a mayor tolerancia mayor consumo y mayores tragedias por conductas bajo la influencia y en adicciones.

Existen, sin embargo, modelos sociales entre los que están aquellos ingenua o planificadamente aportados por los medios de difusión masiva a nivel mundial, donde, en forma preocupante, se aprecia una progresiva tendencia a la permisibilidad del uso de drogas legales y a la ausencia de contextos aversivos en el caso de las drogas ilegales.

Otros factores son la disponibilidad de medios de recreación y deportes, la propaganda comercial, la accesibilidad a los tóxicos, el nivel de tensiones, el incumplimiento de las regulaciones, en cuanto a lugares y horarios de expendio y consumo, edades prohibitivas y pesquisas en conductores de vehículos, la ausencia de programas adecuados de educación para la salud y ¿qué decir del desempleo, la discriminación y la carencia de techo?

Luego de esta sucinta valoración de aspectos patogénicos generales orientados a refrescar factores a tomar en cuenta, ante cada paciente en psicoterapia, debe enfatizarse que el *factor de más peso es el consumo frecuente y/o excesivo del tóxico,* ya que ante este sucumbirán, tanto los especialmente vulnerables al mismo, como quienes no lo son, con la única y poco trascendente diferencia de que los primeros establecerán más rápido la toxicomanía.

Un aspecto que se considera todavía más relevante para los objetivos del presente libro, es el de las vías patogénicas para llegar a la toxicomanía en cuestión.

Vías patogénicas

Seis grandes vías se delimitan en la experiencia de todos los especialistas dedicados a la atención de toxicómanos cuando se valora el establecimiento de su adición y estas son (33):

1. Sociocultural.
2. Hedónica.
3. Asertiva.
4. Evasiva.
5. Sintomática.
6. Constitucional.

Sociocultural. Esta es producto de las costumbres, tradiciones y convenciones de las diferentes culturas, se relaciona, íntimamente, con la presión ejercida por los grupos humanos (microgrupos y macrogrupos).

Se ejemplifica por el adolescente que dice sí a la droga para demostrar audacia ante sus congéneres que lo subvaloran por no haberse iniciado. Paradójicamente, ese mismo grupo, durante su adultez, rechaza como flojo o tarado a quienes no se han podido liberar de la droga.

Hedónica. Aunque, de manera estrecha, vinculada a la primera, se caracteriza por ser la búsqueda del placer, la motivación más importante para el consumo reiterado; es muy frecuente en sujetos con rasgos disociales y también en jóvenes procedentes de medios familiares económicamente muy holgados y habituados a la satisfacción excesiva de sus necesidades de recreación.

Asertiva. Su esencia es la utilización del tóxico como muleta para enfrentarse a situaciones en algún grado temidas o determinantes de inseguridad y ansiedad. Se establece, con frecuencia, en personas tímidas que consumen, habitualmente, en busca de mayor confianza y seguridad, aunque los resultados finales sean nefastos.

Evasiva. Es muy enfatizada en la literatura científica, hasta el punto de llegar a considerarla como la más relevante. En este caso, el consumo del tóxico, persigue olvidar experiencias penosas o situaciones dolorosas, y pretende lo que en el modelo del alcoholismo se conoce, popularmente, como ahogar las penas.

Sintomática. Donde existe una enfermedad subyacente, por lo general psiquiátrica, como la depresión, la manía, las fobias y otras. Aquí se incluyen los casos de doble diagnóstico, pero, solamente, en su modalidad MISA (mentaly III, substance abuser).

Debe recordarse que una de las primeras formas conocidas de alcoholismo fue la dipsomanía de Hufland, evidente, especialmente, en las fases depresivas de las enfermedades afectivas.

Constitucional. Es, justamente, la más cuestionada y debe ser valorada, con cautela, en los sujetos que combinan una gran carga familiar de toxicómanos con un inicio temprano, ausencia de otros mecanismos hegemónicos y tendencias disociales. En otras clasificaciones, la vía hedónica, se incluye en la sociocultural y la asertiva, se incluye en la evasiva, por lo que describen solo cuatro categorías. Dados los objetivos de este manual, se considera necesario el desglose de estas vías.

Salta desde ahora a la vista que en esta descripción los objetivos psicoterapéuticos, además de lograr una actitud ante el tóxico que garantice la abstinencia permanente, serán la modificación del estilo de vida cuando se evidencian las dos primeras vías; el manejo de conflictos psicológicos, conscientes e inconscientes en la tercera y la cuarta; el manejo específico de la patología subyacente en la quinta; y el énfasis didáctico inspirativo racional, combinado con los recursos biológicos para lograr la abstinencia en la sexta.

Se propone una patogenia que, con seguridad, se ha constatado por muchos otros terapeutas y que, en realidad, integra siempre varias de las vías comentadas. Para decirlo con lenguaje figurado sería la vía patogénica *Don Juan Tenorio* y su esencia se expresa por la famosa sentencia: "llamé al cielo y no me oyó, ya que sus puertas me cierra, de mis pasos en la tierra responda el cielo, no yo" (34).

De manera popular, los seres queridos la sienten como una intención en darles en la cabeza con los episodios de consumo y no se alejan mucho de la esencial motivacional, consciente o inconsciente, que conduce a estos pacientes a un estilo de vida matizado en sus mecanismos de estructuración, por importantes

frustraciones, la implícita hostilidad reactiva y procesos inconscientes de racionalización, proyección que conducen al consumo como *acting outs.*

La exploración biográfica de estos enfermos que, habitualmente, llegan con ropaje patogénico sociocultural y hedónico, evidencia sus componentes evasivos, mediante la transformación en lo contrario y el lema en gran parte inconsciente de ahora son ellos los que sufren.

De una u otra forma esta dinámica del paciente se expande mediante procesos subliminares a los familiares significativos, cuyo comportamiento, en determinada etapa de la vida, fue, en realidad, frustrante para el enfermo, aunque este, en la mayoría de los casos, la magnifica y utiliza, sabiéndolo o no, como recurso manipulativo de la culpa presente en los progenitores.

Según la experiencia, esta constelación patogénica conforma patrones de interacción familiar en los que el cariño de los progenitores en conflicto, pretende ser expresado por dádivas materiales que, lejos de resolver el problema echan leña al fuego y crean actitudes hedonistas, egoístas, prepotentes en las que el adicto aplica la conocida ley del embudo: "todo para mí y nada para tí".

La culpabilidad de los padres, magnificada por la manipulación del paciente, determina actitudes sobre compensadoras de efectos catastróficos y deviene gran obstáculo para las opciones terapéuticas que resultan, habitualmente, rechazadas, tanto por el paciente (en forma voluntaria), como por los propios padres (por motivaciones inconscientes). Una valiosa pista para identificar esta dinámica es la asunción por el paciente de una posición *one up* que resulta, por otra parte, aceptada, de manera pasiva, por sus angustiados padres.

Como variante bien delimitada de esta constelación estarían los conflictos interpersonales derivados del complejo del hijo de padre (o madre) prominente, al que se hace referencia con algún detalle en el libro *Prevenir, detectar y vencer las adicciones* (35).

El pretender contribuir como psicoterapeuta a la solución de casos como estos, mediante la exclusiva utilización de recursos psicológicos ajenos a los de raigambre dinámica, muy difícilmente se logran los objetivos rehabilitatorios.

Como ley universal el diagnóstico patogénico a la luz de las proyecciones teóricas de cada terapeuta constituye la esencia del planeamiento psicoterapéutico.

Capítulo 3

Relación médico-paciente

Antecedentes

Desde los albores de la humanidad, siempre que el hombre primitivo sintió los sufrimientos de la enfermedad, recurrió a un semejante en busca de ayuda y este trató de ofrecérsela en la medida de sus rudimentarios recursos. Con el tiempo, surgió dentro del grupo social alguien que, por vocación, características personales o designación del colectivo, se especializó como prestador de ayuda, en materia de salud y comenzó a incrementar su arsenal terapéutico, durante un largo proceso que supera los 100 000 años, si se tiene como punto de partida la etapa en que el hombre comenzó a desarrollar el lenguaje hablado, y que se delimita, en mayor grado, a partir del neolítico, 10 000 años atrás.

Durante este desarrollo de la gestión terapéutica, basado al inicio en el empirismo y, finalmente, perfeccionado mediante la investigación científica, la primitiva relación de ayuda devino relación médico-paciente; los rituales mágicos, tácticas exorcistas y sacrificios dieron paso a complejos recursos psicológicos; las tisanas, masajes y baños se transformaron en recursos biológicos de alta técnica, y las elementales orientaciones a otros miembros del grupo humano para cooperar con el tratamiento, se convirtieron en los múltiples recursos sociales utilizados en la actualidad, durante la atención integral del enfermo.

Huelga decir que, desde las primeras etapas, se hizo evidente que la utilidad de los diferentes medios empleados estaba en razón directa con la calidad de la relación de ayuda lograda. La relación médico-paciente, piedra angular de la gestión médica asistencial, pasó así por diferentes etapas históricas que se pueden denominar y describir, en síntesis, de la forma siguiente:

1. De compañía: cuando los recursos de los antecesores se limitaban a estar junto al enfermo, conducta que fue esbozada desde los australopitecos (36).
2. Mágica: basada en supuestos poderes del prestador de ayuda para manejar fuerzas sobrenaturales a favor del enfermo.
3. Mística: tuvo como raíces el animismo primitivo y la supuesta posibilidad de utilizar las potencialidades de los espíritus en la relación de ayuda médica.
4. Clerical: vinculada, estrechamente, con la aparición del cristianismo y con su desarrollo en el medioevo, cuando todo era visto en razón de Dios, por lo que recayó en el clero la responsabilidad de atender los problemas médicos.
5. Profesional: son los tiempos en que gana terreno la concepción natural de las enfermedades y la profesión médica se despoja, en gran parte, de sus matices mágicos-místicos-clericales.

6. Tecnicista: iniciada en la segunda mitad del siglo XIX y vinculada con el desarrollo científico técnico, que determinó la transición del médico de familia del pasado siglo a un médico que, deslumbrado por los avances tecnológicos, subvaloró la significación de sus vínculos cognitivo-afectivos con el paciente y su familia, y asumió como recursos básicos en su gestión profesional el equipamiento moderno.
7. Integral: el hombre es valorado a la luz de la ecología de la salud como ente biopsicosocial, producto de la integración dialéctica sujeto-medio. Los objetivos médicos se expanden a su atención, tanto en estado de salud, como de enfermedad, y la relación médico-paciente, en un vuelco formidable, trasciende lo asistencial y amplía su espectro al incorporar gestiones de promoción y protección específicas de la salud, atención a grupos de alto riesgo, investigación clinicoepidemiológica, docencia y administración de salud. De igual modo se hace evidente la necesidad del trabajo en equipo.

La ancestral concepción del médico como agente exclusivo de las acciones de salud cede, progresivamente, a la del equipo interdisciplinario donde cada integrante, en los diferentes perfiles, se erigirá como líder cuando la tarea emprendida corresponda más, en específico, con su profesión, pese a que como es inferible, habida cuenta de su currículo, será el médico quien, con más consistencia, desempeña el papel de figura central en la gestión salud-enfermedad.

En este medio, el médico de familia del pasado siglo constituyó la tesis, el médico tecnicista de los dos primeros tercios del siglo xx representó la antitesis y el médico de familia actual, con su relevante campo de acción y extraordinarias potencialidades interpersonales, científico-técnicas y sociales, representa la esperada síntesis que implica un extraordinario salto cualitativo en la gestión profesional en materia de salud-enfermedad.

Consideraciones actuales

El término, mantenido a través del tiempo por ser el paradigma de las relaciones interpersonales establecidas en el contexto de las gestiones asistenciales de salud, ha trascendido en su significación original, pues en la actualidad, tanto sus principios y mecanismos básicos, como las experiencias acumuladas durante siglos de ejercicio profesional, son, perfectamente, traspolables a todas las relevantes relaciones interpersonales que se establecen entre quienes demandan ayuda, en el campo de la salud y quienes la brindan; y este trascendente fenómeno social ya fue esbozado desde antes del surgimiento del hombre, por haberse demostrado en primates como bonobos, chimpancés y gorilas comportamientos compasivos ante congéneres enfermos o heridos (36) que, sin discusión alguna, remedan y, desgraciadamente, superan a veces, en lo referente al humanismo, las actitudes no excepcionales de determinados profesionales y técnicos de la actualidad (37).

La imprescindible necesidad del trabajo multidisciplinario hizo surgir al equipo de salud con una amplia gama de profesionales, tecnólogos y técnicos, y cada vez

se hace más evidente que los límites de dicho equipo deben incluir, conceptualmente, a los trabajadores auxiliares y técnicos que aportan no solo el cumplimiento de sus planes de trabajo, sino también sus expresiones solidarias hacia pacientes y familiares, y ese trato sensible y afectuoso que todos reclaman cuando la desgracia, en la forma de pérdida de la salud, toca las puertas

Se sugiere, por tanto, a decodificar relación médico-paciente, por relación equipo de salud, paciente, familiar, comunidad (38) (39) y, sobre todo, a pensar en los formidables aportes humanísticos procedentes de todos los trabajadores del equipo de salud en esta misión, cuya demanda de sacrificio fue destacada desde los consejos de Esculapio (40) (41).

Concepto y características fundamentales

Relaciones interpersonales

Durante sus interacciones con otros seres humanos, el hombre establece diferentes tipos de relaciones, unas de carácter superficial, como las desarrolladas al preguntar la hora a un transeúnte, y otras de carácter mucho más complejo donde, al menos, uno de los participantes debe saber ponerse en el lugar del otro, sentir hasta cierto punto, como él o ella y disponerse a ayudarle en el enfrentamiento de cualquier dificultad.

Como puede inferirse, se trata en el segundo caso de las relaciones que se establecen con los familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudio y con la persona amada. Estas son las *relaciones interpersonales*, pues cumplen los 3 requisitos establecidos por *Laín Entralgo* (42) para definirlas:

1. Saber ponerse en el lugar del otro (fase coejecutiva).
2. Sentir como él o ella (fase compasiva).
3. Disponerse a ayudarle cuando enfrentan dificultades (fase cognoscitiva).

Se propone una definición operativa de la relación médico-paciente: "Es una relación interpersonal profesional *de servicio* que sirve de base a la gestión en materia de salud".

Esta definición supera al otrora modelo diagnóstico-curativo de la profesión médica implícito en la existencia del término paciente, y que, en el futuro, la denominación idónea podrá ser relación profesional de la salud como se señaló.

Se destaca en la definición su categoría como relación de servicio por ser, precisamente, la esencia de la vocación médica (extensiva a todos los miembros del equipo), vocación de servicio, cuya única diferencia con la convencional vocación religiosa, es su carácter profesional laboral. Desde Esculapio se sabe que esta profesión y las relaciones humanas se desarrollan en los marcos éticos de un verdadero sacerdocio, y esa característica debe enfatizarse, siempre, con el ejemplo ante los educandos (43).

Diferencias con otras relaciones interpersonales

Sin duda alguna, la investidura profesional del facultativo, lograda como fruto de muchos años de entrenamiento, cuya exitosa culminación requiere la existencia de una definida vocación, determina que su gestión, considerada entre las más necesitadas de dedicación total, sea, altamente, valorada por la población, la que al mismo tiempo que respeta y admira al facultativo, espera de él una conducta concordante con su importante papel social (44).

Se trata, además, de una relación profesional en la que se presta un servicio de alta significación, por ser la salud una de las más preciadas aspiraciones del ser humano y, a diferencia de las relaciones interpersonales convencionales, en que, habitualmente, se produce un intercambio equilibrado de información, solidaridad y comprensión, la más frecuente situación profesional es de *entrega total*, sin esperar reciprocidad alguna en los aspectos referidos (45) y, cuando la relación implica la interacción con un enfermo grave o su familia, se suma un nuevo elemento que hace más compleja la comunicación: la ansiedad, cuya intensidad está de acuerdo con la gravedad de la afección (40).

Finalmente, debe tenerse en cuenta que la relación profesional médica exige del facultativo el planeamiento de cada uno de sus pasos, ya que toda conducta médica no pensada implica un serio riesgo de cometer yatrogenia (13).

El médico, por tanto, debe estar consciente de que su relación profesional interpersonal se caracteriza por:

1. El respeto que inspira su investidura técnica en una profesión de alto prestigio social.
2. La expectativa, por parte de la población, de que él manifieste un comportamiento adecuado con su alta responsabilidad.
3. Su condición de piedra angular en la prestación de un servicio de alta significación humana como es *promover o restablecer la salud.*
4. Una constante disposición para la relación de ayuda sin aspiración de reciprocidad alguna.
5. El facultativo debe hacer el planeamiento de cada una de sus acciones para evitar errores de gran potencialidad nociva y esto es fundamental *en todo tipo de gestión psicoterapéutica*.

Por otra parte, debe también conocer que las potencialidades preventivas, diagnósticas, curativas y rehabilitatorias de un facultativo se incrementan en razón directa con su capacidad para desarrollar sus relaciones profesionales en forma exitosa.

Aspectos que deben considerarse en la relación médico-paciente clásica

Características generales de los participantes

El médico debe estar, plenamente, consciente de sus características fundamentales como persona y como profesional; es decir, conocer sus talones de Aquiles, si

es que los hay, en el carácter, así como las situaciones en que puede sentir inseguridad, angustia u hostilidad, y también percatarse de sus mecanismos psicológicos para enfrentar dichas situaciones.

Igualmente importante es el nivel de información de que disponga sobre estos aspectos y otros de carácter sociodemográfico, culturales, económicos, ideológicos y espirituales de sus pacientes.

Objetivos perseguidos por los participantes

En esencia, el paciente pretende aliviarse, curarse o rehabilitarse, así como *saber ¿qué tiene y cuál es su pronóstico?* El médico, sin embargo, persigue establecer una buena comunicación que le permita diagnosticar y tratar, de manera adecuada, la afección motivo de consulta. Debe resaltarse que en la relación psicoterapéutica con pacientes adictos, los objetivos son más explícitos que en otros pacientes.

Motivo de consulta

Según sea la intensidad de los síntomas o la implicación pronóstica desfavorable de una afección, así será la mayor o menor dificultad para el desarrollo de la relación, toda vez que la presencia de angustia, por parte del paciente, es un importante obstáculo interpersonal al incrementar la exigencia, actitud crítica y hostilidad del enfermo, así como la inseguridad del médico. Este aspecto es, sin embargo, de buen pronóstico en los pacientes adictos, ya que expresa con mucha objetividad en haber logrado la fase contemplativa o ego distónica de su afección.

Estado afectivo

En pacientes que sufren una afección grave, o en quienes la angustia es parte de un cuadro psiquiátrico, debe tenerse en cuenta la tendencia a una alta sensibilidad, ante cualquier manifestación médica que pueda ser interpretada como expresiva de incomprensión, indiferencia o subestimación.

Posición en la relación

Este es un aspecto de alta relevancia destacado por los especialistas de la comunicación de la escuela de Haley (46).

Salvo contadas excepciones, el médico, por su nivel científico técnico y prestigio social, es ubicado, por lo general, por el paciente en una posición de superioridad (*one up*), por lo que, automáticamente, el enfermo asume una posición de desventaja (*one down*).

Es bueno saber que el éxito de una relación profesional médica depende, muchas veces, de la habilidad del facultativo para manejar esta situación; de manera que, su actitud de atenta escucha, demostración de sincero interés por ayudar al paciente y trato afable, logre equilibrar la relación y ubicarse junto al enfermo en el

enfrentamiento de su problemática de salud. Esta es en definitiva la alianza terapéutica, de alto significado sobre todo en pacientes con problemáticas psicosociales. El único aspecto en el que el médico debe conservar su posición *one up* es en el relativo a su condición de experto en materia de salud.

Como nota al margen debe señalarse que, en el caso de pacientes con el complejo del padre prominente, lo habitual es que la situación en la entrevista profesional se inicie con la misma actitud descrita ante los progenitores.

Vías de comunicación

Es fundamental que el médico capte los mensajes del paciente y controle siempre los que el propio facultativo emite por las cuatro más importantes vías de comunicación, que son:

1. Verbal: mediante la palabra hablada o escrita.
2. Extraverbal: implícita en las expresiones faciales, gestos y modulaciones de la voz.
3. Táctil: fundamentada en el contacto piel con piel, de tanta significación en la maduración emocional del sujeto, durante su desarrollo infantil, y manifestada en la relación que nos ocupa por el estrechón de manos, la palmada en la espalda y las estrategias inherentes al examen físico.
4. Instrumental: utiliza como intermediarios los equipos médicos.

Defensas y distorsiones de la comunicación

Estos obstáculos en la comunicación pueden ser conscientes y, en su totalidad, voluntarios, cuando un paciente evita comunicar a su doctora que presenta una disfunción sexual, o inconscientes e involuntarios, cuando un paciente niega su carcinosis peritoneal con la racionalización de que presenta un cuadro digestivo banal.

Potencialidad frustrante

Este aspecto reviste una notable importancia en la relación con pacientes adictos. Necesariamente el médico tiene que enfrentar situaciones donde pueden no cumplirse los objetivos del enfermo y, muchas veces, los del propio facultativo. Esta situación frecuente en el curso de las adicciones, implica un grado mayor o menor de frustración para el médico y el paciente, y pone a prueba la madurez emocional en ambos participantes.

Contexto histórico-social en el que se desarrolla la relación

Para valorar solo un aspecto se invita a reflexionar sobre los matices de esta interacción humana en la práctica privada y en la que tiene carácter de gratuidad

y alcanza un clímax desastroso que trasciende las posibilidades de manejo por parte del facultativo, cuando la relación se produce en el marco de instituciones de salud privatizadas como describen, brillantemente, Muñoz y Eist ambos, expresidentes de la Asociación Psiquiátrica Americana y verdaderos cruzados ante empresas de dicho carácter (47).

Antes de pasar al próximo acápite se comparte, con quien lea estas líneas: "la experiencia de que, dentro de los muchos y valiosos aprendizajes logrados en Valencia, España, durante mi entrenamiento en el servicio del querido maestro Miguel Bogani, los más trascendentes fueron su madura actitud de aceptación y no enjuiciamiento ante los pacientes, así como su magistral manejo de las recaídas, totalmente ajeno a las frecuentes frustraciones sentidas por terapeutas de menor experiencia y esta reflexión nos lleva de la mano al tema de las exigencias específicas de la relación profesional con pacientes y familiares en el campo que nos ocupa".

Complejidades de la etapa contemporánea de la relación médico-paciente

En la actualidad las condiciones en que se desarrolla, a nivel mundial, la relación médico-paciente, son, de manera sustancial, diferentes a las que sirvieron de marco idílico a las establecidas por el médico de familia de fines del siglo XIX y principios del siglo XX.

Muchos factores, de aparición posterior, devienen serios obstáculos para el establecimiento de relaciones compasivas facilitadoras de la actitud profesional.

Se pretende esbozar, en pocos párrafos, esta problemática para sustentar las complejidades de la relación actual que se expresa en todas las dedicaciones profesionales y, a los especialmente interesados por el tema, se les remite a un trabajo publicado en la Revista Cubana de Salud Pública (48).

Los obstáculos emergentes se enumeran a continuación:

1. Aparición de las empresas privatizadoras del tipo *managed care*.
2. Intrusión de la prensa sensacionalista en el ámbito médico.
3. Surgimiento explosivo y brutal de las reclamaciones por *mal practice*, estimuladas por una horda de abogados caza demandas.
4. Consecuente imperiosa necesidad de los seguros de *mal practice*.

Estos y otros factores explican, en parte, las profundas frustraciones profesionales y la recíproca insatisfacción científico-técnica e interpersonal de los usuarios, catastrófica situación interpersonal, cuya más nefasta consecuencia es la transformación progresiva de la relación médico-paciente en una también emergente relación profesional que puede denominarse relación médico-demandante potencial donde, difícilmente, pueda el facultativo cumplir, en forma adecuada, las tres premisas y fases fundamentales de las relaciones interpersonales descritas por Pedro Laín Entralgo. Se inició así una verdadera crisis de humanismo, espiritualidad y ética que afecta tanto a quien busca ayuda profesional, como a quien la ofrece.

Como esperable reacción ante esta difícil problemática mundial, muchos bioeticistas han recurrido a la identificación, descripción, valoración y difusión de las más importantes áreas de conflicto ético que enfrenta el facultativo durante sus diferentes gestiones como organizador y promotor de salud, así como en su proyección diagnóstica, curativa y rehabilitaroria. Estos se han denominados macroparadigmas y microparadigmas éticos, y su progresiva expansión, ante la realidad actual, expresa la notable complejidad de la relación que se aborda en la actualidad.

Nicolás P. Ninos en un formidable editorial de la Revista Critical Care Medicine 40, se refiere a esta carta recibida del familiar de un paciente recluido en su servicio de cuidados intensivos: "Yo sé que usted piensa que la disposición de no permitir niños en su unidad es una medida justa, pero ¿Ha pensado como debe sentirse un niño de nueve años cuando se le prohíbe ver a su padre que quizá no viva lo suficiente para que pueda decirme otra vez, buenos días mi rayito de sol? Por favor, tenga en cuenta esto antes de romper otro corazón".

Con esta dramática situación, referida en un lenguaje donde lo afectivo trasciende a lo cognitivo el autor describe, de manera brillante, el *paradigma tecnificación* expresivo del conflicto, cuyos polos extremos son las exigencias tecnológicas actuales y el humanismo del profesional.

Estas áreas de conflicto, delimitadas por dos polos y un amplio espectro, definen el rango en que pueden desplazarse las decisiones de conciencia que, con mayor frecuencia, se les plantean a los facultativos actuales.

La trascendente necesidad, en los países desarrollados, de acudir, sistemáticamente, a los paradigmas como recursos éticos normativos, delimita, en la mayoría de las naciones industrializadas, la que se propone llamar *etapa paradigmática de la* relación médico-paciente.

Otros ejemplos son el macroparadigma que valora los conflictos que se han de enfrentar durante la distribución de recursos en la atención a la salud, y que denomina profesional, cuyos polos conflictivos están representados por las normas establecidas y la calificación de los profesionales a seleccionar; el moral, donde se debaten a nivel de conciencia, los derechos de los usuarios y las posibilidades del proveedor y el económico, con los polos costos-beneficios. El número de macroparadigmas y microparadigmas supera ya los 30 y el nivel de estrés, derivado de sus decisiones de conciencia resulta, dramáticamente, inferible. Por otra parte, ignorarlos en la práctica cotidiana implica resultados catastróficos para profesionales y pacientes. El propósito de destacarlos no es, en modo alguno, crítico, sino un argumento para explicar los obstáculos que en el mundo y hacen aún mayor la propia exigencia con lo que se realiza a diario.

Tipos de relación médico-paciente

Existen múltiples clasificaciones de esta relación, pero por su objetividad y sentido práctico se valoran la de Saszs y Hollender.

Relación activo-pasiva

Esta es la relación que se establece con enfermos inconscientes (por coma o anestesia) o con los que por su afección participan muy poco en la relación, como el caso del paciente en las primeras horas de un infarto agudo del miocardio. El médico se comporta con el paciente como lo hace un padre con su hijo de pocos meses de nacido.

Relación de cooperación guiada

Establecida con el propósito de lograr el seguimiento adecuado de un tratamiento. Su prototipo es la relación con un paciente diabético.

Relación de participación mutua

Se establece, sobre todo, con pacientes que presentan afecciones donde los factores psicosociales desempeñan un papel de gran significación como los pacientes psiquiátricos y enfermos psicosomáticos.

Esta relación no solo persigue el cumplimiento del tratamiento, sino el control, en discusión frontal, de diferentes situaciones y actitudes relacionadas con la génesis y la evolución de la enfermedad. El médico participa con el paciente en la solución de sus problemas y se comporta como un adulto frente a otro adulto.

Esta es, a todas luces, el tipo de relación paradigmática para la atención del paciente alcohólico y otros enfermos drogadictos.

De los muchos y valiosos aprendizajes incorporados durante mi entrenamiento en el servicio de mi querido maestro en adicciones profesor Emilio Bogani, ubico en lugar, especialmente destacados, su modelo de relación con los pacientes de alcoholismo y otras drogadicciones, caracterizado por una formidable actitud de no enjuiciamiento, total aceptación e incondicional disposición a la relación de ayuda, así como su permanente congruencia y genuinidad, y también el manejo que hacía de las recaídas, totalmente ajeno a cualquier reserva hostil tan frecuente en terapeutas noveles que como yo entonces, sentía agredido mi narcisismo. Esta evocación de un gran maestro juega un papel relevante en que me interesa profundizar en las exigencias profesional con los pacientes suplementarias en la relación adictos.

Exigencias especiales de la relación con pacientes adictos y familiares

¿Cuáles son las exigencias suplementarias de humanismo, ética y espiritualidad para la relación de ayuda profesional con estos pacientes y sus familiares?

Según la experiencia, los obstáculos más relevantes están en lograr que el terapeuta:

1. Desarrolle una actitud de aceptación incondicional y mantenida ante personas, cuyo comportamiento en la etapa de consumo es, inevitablemente disocial, con

independencia de los valores morales existentes antes de esta y los que pueda alcanzar con su rehabilitación.
2. Llegue a considerarlos, plenamente, como enfermos a pesar de reconocer el significado de sus decisiones erróneas al desoír consejos antes de ser adictos y de reiterar el consumo ante disparadores que debieron ser evitados.
3. Sienta compasión ante alguien que en la etapa precontemplativa de la enfermedad, previa al establecimiento de crítica de enfermedad, se sintió incapaz de sentirla por sus seres queridos.
4. Supere los obstáculos para poder ubicarse en la situación del toxicómano, sentir como él y establecer la imprescindible alianza terapéutica.
5. Desarrolle la capacidad de involucrarse en la situación del paciente, a pesar del crudo egocentrismo que caracteriza al adicto, durante su etapa de consumo.
6. Evite, a toda costa, las actitudes de enjuiciamiento.
7. Mantenga la disponibilidad afectiva, consistencia, congruencia y actitud de apoyo incondicional, ante el enfermo a pesar de las notables tendencias manipulativas y frecuentes recaídas que caracterizan su afección.
8. Desarrolle la imprescindible tolerancia ante las frustraciones implícitas en las recaídas y mantenga siempre consciente la hostilidad generada por las mismas para evitar sus nefastos efectos sobre la relación.
9. Acepte que otras personas, profanos incluidos, pueden, muchas veces, lograr resultados más importantes que los derivados de su esfuerzo.

Finalmente se considera que la atención de estos pacientes representa el mayor reto a la norma ética de hacer el bien sin mirar a quien, ya que durante su larga evolución de consumo requieren del terapeuta la trascendente actitud de perdonarlos por no saber lo que hacen y guiarlos para que, con la sobriedad y el cambio de su estilo de vida, puedan reponer y superar, muchas veces con creces, el daño producido por su conducta adictiva.

La valoración cuidadosa de los párrafos que siguen permitirá al profesional y técnico de la salud comprender, además, por la vía del contraste, la frecuente e intensa hostilidad familiar generada por el consumo en personas sin perturbaciones mentales y cuáles son las especificidades de la relación cuando el paciente es un doble diagnóstico asociado a una psicosis.

Relación profesional con el drogadicto esquizofrénico

En días pasados recibí carta de un joven paciente sudamericano, en la que encomiaba mi alto nivel científico e infinita bondad, entre otros muchos mensajes, orientados a expresar su profundo respeto, afecto y gratitud por las atenciones recibidas durante su ingreso. Esta misiva, que considero, en su totalidad, sincera, iba acompañada, en igual sobre, por una nota en la que dirigía una apasionada y, crudamente carnal declaración de amor a una mujer mayor, y también psiquiatra, que, además de poder ser su abuela, es mi esposa.

Con este paradigma clínico se propone compartir con los lectores algunas reflexiones sobre las características de la relación profesional con los drogadictos, simultáneamente afectados por la esquizofrenia, ya sea esta:

1. Precedente y participante en la patogenia de su farmacodependencia.
2. De aparición posterior al abuso de drogas y, presumiblemente, desencadenada por estas.
3. De curso paralelo a la toxicomanía.

En el primer caso, se trata según la nomenclatura anglosajona de un MISA (mentaly III substance abuser), en el segundo, de un SAMI (substance abuser mentaly III) y en el tercero, de dos entidades de mal pronóstico que coinciden sin vínculos causales. La suma de estas variantes comórbidas alcanza a nivel mundial, pese a un posible y notable subregistro, entre 20 y 30 % del total de drogadictos, y la relación profesional de ayuda que requieren, difiere, de manera sustancial, de la establecida con los toxicómanos primarios.

Si se retoma, ahora, el caso del joven sudamericano, propuesto como modelo de doble diagnóstico, se reconoce que pese al mal pronóstico implícito en la imbricación y potenciación de ambas afecciones, su nivel psicótico de funcionamiento prácticamente lo exime de los obstáculos señalados, sustentados, mayoritariamente, en juicios de valor del terapeuta sobre la responsabilidad inherente a quien tiene conservadas sus funciones psíquicas.

Se piensa por eso, que en la relación de ayuda con el paciente de doble diagnóstico, se favorece la expresión profesional de humanismo, ética y espiritualidad como consecuencia de su alta potencialidad para generar compasión y por sus muy disminuidas expectativas de responsabilidad. Ante ellos, por tanto, el respeto, el no enjuiciamiento, la bondad, la disponibilidad afectiva, la involucración, la solidaridad, y la entrega, fluyen, espontáneamente, del facultativo.

Los grandes obstáculos implícitos en su desfavorable pronóstico comienzan, sin embargo, a partir de *la fase de confrontación* con estos pacientes acríticos y que, muchas veces, utilizan las substancias con propósitos de automedicación pese a sus nefastos resultados.

Efectos placebo o inespecíficos de la relación médico-paciente

"Muchas veces vale más una frase afectuosa que la mejor fórmula medicinal". Este pensamiento del Apóstol José Martí expresa en su esencia el efecto terapéutico de una buena relación médico-paciente.

Casi un siglo después, Shapiro y Frank, citados por Karasu (49), ante la observación clínica de que las diferentes técnicas psicoterapéuticas arrojaban resultados similares, infirieron que el factor común responsable de los resultados favorables debía ser la relación establecida entre el médico y el paciente, y al estudiar dicha posibilidad describieron un grupo de efectos independientes de la técnica específica que manejara el terapeuta.

Estos efectos, denominados placebo, y presentes en las relaciones de tipo participación mutua, deben ser muy tenidos en cuenta por el facultativo, al valorar la significación del establecimiento de buenas relaciones profesionales con sus pacientes, ya que cuando estas son exitosas se logra:

1. El entrenamiento, muy provechoso para el paciente, en una relación interpersonal profunda y confiada que permite mejorar otras relaciones.
2. Un importante sentimiento de seguridad derivado del efecto sugestivo espontáneo del facultativo que, además de su nivel científico, está investido, en muchos casos, de cierto matiz mágico.
3. El incremento de las potencialidades personales del paciente para enfrentarse a los problemas, implícito en la alianza con un experto (alianza terapéutica).
4. La aparición o incremento de la esperanza de curación al captar, gracias a la comprensión del terapeuta, la afinidad indispensable en la relación de ayuda. ¿Qué médico no ha escuchado alguna vez la expresión?: ¡usted es el médico que me va a curar!
5. Nuevas experiencias interpersonales que permiten, a veces, modificar concepciones erróneas sobre otras personas o sobre la autoestima del paciente (como pensar que sus problemas no le interesan a otros).
   Este efecto se denomina experiencia emocional correctiva y se incluye entre los efectos placebo cuando no es planificada como recurso psicoterapéutico.
6. Un renacer del optimismo y de las potencialidades afectivas como el que, popularmente, se advierte en personas que luego de muchos años de viudez establecen una nueva relación amorosa.

Este equipo de trabajo consideró, además, otros mecanismos como:

1. Efectos positivos derivados de la identificación con características del facultativo.
2. La mejoría del enfermo como recompensa no consciente al terapeuta.
3. El alivio derivado de la pena compartida con alguien capaz de sentir como uno en actitud no enjuiciadora.
4. El incremento de la autoestima del paciente al salir, mediante el manejo adecuado por parte del médico, de su posición inicial de inferioridad (*one down*).

Capítulo 4

Psicoterapia

Concepto

La atención integral de un problema de salud implica el conocimiento de su magnitud y causas, las acciones promocionales de salud y de tipo preventivas, el diagnóstico temprano y efectivo, el tratamiento, el establecimiento del pronóstico y las medidas rehabilitación; todo eso en el contexto de gestiones docentes, investigativas, asistenciales y editoriales.

En la actualidad, los recursos que se han de utilizar en la terapéutica y la rehabilitación de un problema psiquiátrico, integran un listado descendente de utilización general en el orden biológico, psicológico, social, cultural y espiritual.

La esencia de la psicoterapia está en lo psicológico, lo social, lo cultural y lo espiritual. En este libro, la espiritualidad de pacientes, familiares y miembros del equipo de salud se refiere a las potencialidades de estos para asumir, como propias, las necesidades de otros y constituye un importante indicador de calidad humana.

Su expresión más nítida en los profesionales y técnicos de la salud se conoce como vocación médica y, este criterio, es una de las más importantes exigencias para alcanzar los objetivos psicoterapéuticos ante cualquier tipo de afección, pero alcanza su clímax de significación en la psicoterapia de pacientes adictos y sus familiares.

Se proponen para su valoración determinadas definiciones clásicas para integrar un concepto operativo y actual de psicoterapia que son:

1. Tratamiento mediante el influjo psíquico del médico (Vallejo Nágera, España) (50).
2. Tratamiento para problemas emocionales, en el cual una persona entrenada, establece una relación profesional con uno o varios pacientes con el objetivo de eliminar, modificar o aliviar síntomas existentes, modificar patrones de comportamiento alterados o propiciar el desarrollo positivo de la personalidad (Armando Córdova Castro, Cuba) (51).
3. Es el saber psicológico aplicado al tratamiento de los enfermos y de las personas necesitadas de ayuda médica, en forma de procedimientos mentales puros o combinados con agentes físicos o químicos, concebidos de acuerdo con los principios reguladores de la vida anímica y de la relación de esta con las funciones somáticas (Honorio Delgado) (52).
4. Tratamiento dirigido a la corrección de los trastornos psíquicos o psicosomáticos que aprovecha la vía psicológica a tal fin (Santiago Monserrat, España) (53).

En la esencia de estas definiciones se aprecian los aspectos siguientes:

1. Relación profesional entre alguien que reclama ayuda en materia de salud y un profesional calificado para ofrecerla.
2. Utilización consciente y planificada de recursos que actúen por la vía psicológica sobre el reclamador de ayuda.
3. Persecución de objetivos médicos: vale decir, promover o restablecer la adaptación creadora al medio que en esencia puede afectarse por los síntomas de una afección; por la presencia de patrones de conducta inadaptativos o por inmadurez de la personalidad.
4. La psicoterapia en sus diferentes modalidades se expresa, por tanto, cada vez que el médico en su relación profesional, utiliza en forma consciente y planificada, de acuerdo con los problemas del paciente, recursos que actúan sobre este por vía psicológica y que tengan como objetivo eliminar síntomas, modificar patrones de comportamiento inadecuado o madurar su personalidad, propósitos que una vez alcanzados, con seguridad, incrementan o restablezcan según el caso, la adaptación creadora del paciente a su medio (Bustamante José, Cuba) (54).

En este libro se define la psicoterapia como la utilización en el contexto de una relación médico-paciente positiva, de recursos que actúan por la vía psicológica, sobre una o más personas, con el propósito de restablecer o promover su adaptación creadora al medio.

La profusa y muy calificada literatura sobre el tema exime de abundar sobre la cuestión, aunque, si se consideran convenientes, determinadas reflexiones dirigidas, en especial, a quienes se inician en esta dedicación básica para psiquiatras, psicólogos, especialistas en medicina general integral, especialistas de otras ramas, así como a tecnólogos y técnicos del equipo de salud mental y salud en general. Cada uno de estos al nivel de sus posibilidades curriculares y entrenamiento recibido en la materia.

Exigencias para el paso de la relación médico-paciente y sus efectos placebo a la psicoterapia

Son las exigencias para el trascendente paso de la relación médico-paciente y sus efectos placebo a la psicoterapia, así como sus efectos según objetivos trazados, ya que una vez logrado el vínculo interpersonal positivo gracias al poder empático de los participantes en la relación y el cumplimiento de las pautas para la relación médico-paciente y la entrevista médica, los pasos que transforman esta relación en algo más avanzado son:

1. Identificación de objetivos a perseguir: no es más que el diagnóstico de problemas, ya sean estos síntomas, síndromes o afecciones psíquicas, manifestaciones psicofisiopatológicas, patrones de comportamiento inadaptativos (como psicopatías y adicciones) e inmadurez global de la personalidad.

2. Valoración estratégica de si están en su radio de acción, según el entrenamiento recibido.
3. Exploración biográfica con objetivos dinámicos en casos complejos.
4. Definición de objetivos que se han de perseguir, según factibilidad y necesidad del paciente.
5. Planificación de la forma de alcanzarlos.
6. Selección de recursos y tácticas que se han de utilizar.
7. Estricta observación de todas las comunicaciones del paciente.
8. Planificación absoluta y permanente de las comunicaciones a emitir por todas las vías.
9. Valoración continua de los efectos que se alcanzan.
10. Ratificación o modificación de la táctica o recursos planificados, según los resultados constatados.
11. Establecimiento y manejo adecuado de la terminación de las entrevistas y del tratamiento y en el caso de aspiraciones especializadas, el apoyo de un supervisor.

Lo más complejo para el principiante es la identificación del problema que se ha de tratar y, aunque esto se facilita, en el caso de adicciones que no son más que patrones de comportamiento inadaptados, la exploración patogénica debe abordar otros conflictos y defectos caracterológicos precedentes o determinados por la adicción. También resulta difícil el diagnóstico dinámico, el establecimiento idóneo de objetivos y tácticas y finalmente, la planificación de la comunicación.

Como resulta inferible, estos requisitos, que son factibles para todos los miembros del equipo de salud, se cumplen con diferentes grados de profundidad y efectividad, por lo que la crítica de cada profesional y técnico sobre sus conocimientos, entrenamiento y habilidades psicoterapéuticas será básica para la delimitación de a quiénes, en qué circunstancias y con qué objetivos pueden tratar transitoria o, consistentemente, y cuáles casos remitir a colegas más calificados.

Clasificación

Con el propósito de comentar las modalidades psicoterapéuticas más indicadas ante los toxicómanos, se valora su clasificación, según objetivos perseguidos, duración y profundidad de la exploración biográfica, así como número de sujetos o colectivos tratados, de manera simultánea, y enumerar las diferentes corrientes teóricas de mayor relevancia actual

Según objetivos perseguidos:

1. Supresiva: orientada, en esencia, a la eliminación de síntomas o patrones de conducta muy específicos. Esta modalidad es solo efectiva en la etapa de consumo de riesgo, cuando aún no se ha incorporado, en su totalidad, el consumo del tóxico al estilo de vida.
2. Reeducativa: como su nombre señala, persigue la eliminación de patrones de comportamiento inadecuados en personas que, en otros aspectos, presentan

un desarrollo normal de la personalidad. Esta modalidad es la de mayor utilización general en los toxicómanos y está, especialmente, indicada en los de patogenia sociocultural y algunas modalidades asertivas.

3. Psicoterapia reconstructiva: es la de objetivos más ambiciosos y se indica en los casos en que se necesita una maduración global de la personalidad, luego de eliminar los patrones más desajustados. Esta modalidad se indica en la mayoría de los toxicómanos evasivos y en los sintomáticos de trastornos serios de personalidad.

Según duración y profundidad de la exploración biográfica:

1. Psicoterapias de breve duración, superficiales o no exploratorias: se corresponden conceptualmente con las de objetivos supresivos. Como puede inferirse la utilidad de estas modalidades se limita en forma excepcional a algunas toxicomanías socioculturales, cuando acuden al tratamiento en etapas muy tempranas de su evolución en el tránsito de consumidor de riesgo a adicto.
2. Psicoterapias de moderada o larga duración, profundas y exploratorias: sus homólogas en las categorías según objetivos son las reeducativas y reconstructivas. Habitualmente la psicoterapia exploratoria y de moderada y larga duración es el prototipo de las empleadas en las toxicomanías, sobre todo en las modalidades asertivas, evasivas y sintomáticas.

En general, los pacientes adictos requieren un seguimiento prolongado en grupos de ayuda mutua, una vez que se considere el alta del tratamiento psicoterapéutico intensivo inicial, hasta llevar al enfermo a la fase de prevención de recaídas.

Según mecanismo básico de acción con pacientes adictos:

1. Ventilación.
2. Didáctica-inspirativa-reflexiva*.
3. Sugestiva-aversiva.
4. Causal.
5. De la relación*.
6. Racional*.
7. Introspectiva (*insight*).
8. Vivencial*.

Según efecto sobre la personalidad:

1. Superficial.
2. Profunda*.

Según actividad del terapeuta:

1. Directiva (sobre todo en grupos)*.
2. No directiva.

Según contexto:

1. Cine debate.

---

* Uso más frecuente.

2. Títeres.
3. Psicodrama (muy utilizada para modelar respuestas ante la invitación).
4. Psicoballet*.
5. Psicodanza.

Según número de sujetos o colectivos tratados de manera simultánea:

1. Psicoterapia individual: la recibe un solo paciente, su utilización exclusiva en toxicómanos es excepcional por ser indispensable la interacción en grupos y el seguimiento posterior en autoayuda.
2. Psicoterapia de grupo: es la técnica que ha dado los mejores resultados en los toxicómanos, aunque siempre debe combinarse con sesiones individuales.
3. Grupos alternos institucionales (hospitalarios o ambulatorios): son grupos de los propios pacientes y actúan como precursores de los grupos de ayuda mutua.
4. Psicoterapia individual y de grupo combinadas: con frecuencia es la más utilizada a nivel mundial en la atención de toxicómanos.
5. Psicoterapia de matrimonios y de familias (uno o más colectivos): generalmente, imprescindibles como complementarios en el tratamiento de toxicómanos, pues su conducta patológica crea serios disturbios en la comunicación con la pareja y la familia.

Según fundamentación teórica existen cinco corrientes denominadas de relevancia mundial basadas en:

1. La exploración del inconsciente.
2. El efecto de la palabra.
3. Los resultados de la experimentación psicológica.
4. La exploración, comprensión e intercambio de vivencias.
5. El análisis de la comunicación y en la concepción sistémica.

En las próximas páginas se valoran cada una de estas corrientes, se destacan los recursos principales que han aportado y se exponen los criterios sobre su indicación en toxicómanos, pero antes se dedican unos párrafos para definir la posición en lo referente a los aspectos estratégicos de la psicoterapia, según la orientación filosófica del terapeuta.

Concepciones filosóficas y psicoterapia

Mucho antes de que el hombre se preocupara por conocer las leyes más generales de la naturaleza, el pensamiento y la sociedad, los sufrimientos implícitos en la pérdida de su salud lo llevaron a recurrir a un semejante en busca de ayuda y aquel trató de ofrecérsela en la medida de sus limitadas posibilidades, inscribiéndose así en la historia, el esbozo de lo que hoy se denomina relación interpersonal de ayuda en el ámbito médico, situación que alcanza su más desarrollada expresión en la psicoterapia.

* Uso más frecuente.

Con el transcurso de los siglos, esta relación terapéutica asumió, desde luego, diferentes características, según la formación filosófica de quien ofrece la ayuda y el contexto socioeconómico en que se desarrollaba, pero sus efectos positivos trascendieron no solo los métodos, técnicas y recursos utilizados, sino, también, el marco ideológico de quienes en esta participaban, ya que sus resultados dependen, en esencia, de las aptitudes, vocación, congruencia, potencialidad empática, disponibilidad afectiva, consistencia, desarrollo de la espiritualidad y entrenamiento de quien la ofrece; conclusión avalada por la experiencia de infinidad de hombres y mujeres que, en diferentes etapas de la historia, sistemas socioeconómicos, latitudes y clases sociales, han abrazado la profesión psiquiátrica y han contribuido con su esfuerzo cotidiano a mitigar los sufrimientos implícitos en la enfermedad mental.

Es importante, sin embargo, destacar, que mientras más profundamente conozca un profesional su fundamento filosófico, cualquiera que este sea, tanto más armónica y efectiva será su práctica psicoterapéutica.

Este acápite pretende, por tanto, comentar algunas características de la gestión psicoterapéutica desarrollada por la mayoría de los especialistas cubanos y relacionarlas con la fundamentación filosófica.

Para eso se parte de cinco principios que se enuncian como el de la objetividad, el del enfoque multifacético, el del historicismo o desarrollo, el de la concepción sistémica y el principio utilitario de la práctica social transformadora (55).

La expresión práctica de la aplicación cotidiana de estos marcos referenciales implica:

1. La valoración no prejuiciada.
2. El estudio multidisciplinario y la atención multilateral de los fenómenos.
3. La concepción del hombre y su entorno como proceso en desarrollo donde el conocimiento de los aspectos etnosocioculturales y de vivencias, pasadas y recientes, resultan esenciales para la comprensión de su conducta.
4. El enfoque del sujeto como integrante de, e integrado por múltiples sistemas, que se deben tener en cuenta.
5. La participación activa en la ponderación y solución de problemáticas.

Todo eso en un contexto sin espacio para el dogmatismo y el sectarismo y en el que la esencia del hombre se define como el conjunto de sus relaciones sociales.

El reflejo de esta base conceptual en la praxis psicoterapéutica lleva a considerar al sujeto y objeto de esta como el producto de su interacción dialéctica con el entorno natural, cultural y social, interacción básicamente mediada por su conciencia, pero también influenciada por mecanismos inconscientes.

La personalidad es valorada como el fruto de la modelación durante esa interacción, de sus características estructurales, gracias a mecanismos condicionados, operantes imitativos o repetitivos establecidos a partir de vivencias relevantes y vínculos interpersonales significativos.

De manera que genética y ambiente representan el par dialéctico que mediante un tamiz multifactorial dibuja el amplio espectro delimitado por los polos salud-enfermedad mental.

La exploración y solución integral de las problemáticas determinantes de sufrimiento, exigen el establecimiento de una profunda relación interpersonal profesional de servicio en la que, todos los canales de comunicación, se utilicen en ambas direcciones de la forma más conscientemente posible para el terapeuta y donde la retroalimentación de los resultados permita un planeamiento táctico que se ajuste a las necesidades del paciente en cada momento de la relación terapéutica.

Esto permite la utilización de todo recurso psicológico científicamente avalado y aportado a nivel mundial por los antecesores en esa gestión, sin limitación alguna derivada de sus raíces filosóficas, procedencia de país o escuela.

En lo personal se considera que la espiritualidad y su más nítida expresión, en este campo de acción, la vocación médica trasciende la posición filosófica, ideología, filiación política, creencias y procedencia cultural del terapeuta, cuyo objetivo esencial es contribuir a la recuperación de quien acude a el en busca de ayuda.

Conscientes de que los efectos terapéuticos inespecíficos (placebo) de una relación interpersonal de ayuda profesional exitosa, destacados por Shapiro y Frank (citados por Karasu) (49) (56) son tan relevantes como los derivados del método, técnica y recursos específicos seleccionados en dicho contexto para alcanzar los objetivos trazados en cada caso, se coincide, plenamente, con Honorio Delgado (52), cuando alertó a los terapeutas: "Que en vez de tomar libremente los métodos como imperfectos instrumentos de trabajo aplicables en razón de lo requerido en cada caso y momento de la relación de persona a persona, se hacen esclavos de un sistema rígido de ideas forzosamente parciales a cuyos dogmas acomodan lo que aprehenden y lo que hacen".

Hechas estas precisiones se puede decir que la estrategia psicoterapéutica tiene, en la mayoría de los psiquiatras cubanos, una firme fundamentación materialista dialéctica y que su táctica se caracteriza por una proyección antisectaria que permite el aprovechamiento, para el bien del paciente, de todos los recursos aportados durante el desarrollo científico de esta especialidad.

Quien visite el servicio Rogelio Paredes en el Hospital Psiquiátrico de La Habana, "Dr. Eduardo Bernabé Ordaz" y participe en su quehacer psicoterapéutico verá que, en el plano institucional, este se produce en el marco de una comunidad terapéutica (57) en la que por 30 años se ha utilizado, de manera consistente, una modalidad del sistema de gratificación por fichas (*Token economy*) (58) y donde se desarrollan sesiones de psicoterapia individual y de grupo con modalidades persuasivas, dinámicas, racionales, didáctico inspirativas, reflexivas, meditativas, cognitivo-conductuales, narrativas humanístico-existenciales y sistémicas, expresivas de las cinco líneas teóricas fundamentales en psicoterapia mundial actual (59).

Lo que más sorprende, sin embargo, a los que se interesan por el perfil de la psicoterapia en Cuba, es la diversidad de modelos, ya que estos se estructuran de acuerdo con la experiencia y criterios de los diferentes grupos de trabajo, con la exigencia única que se garantice la demanda satisfecha gratuita en esta importante modalidad asistencial (60) (61).

Principales corrientes teóricas en psicoterapia

Métodos basados en la exploración del inconsciente

Antecedentes. Sigmund Freud (1856-1939), fue un médico austríaco de ascendencia judía que, luego de dedicarse con éxito a la neuropatología y fisiología, durante los primeros 15 años de su profesión, se orientó, finalmente, al estudio de las manifestaciones psicopatológicas y su tratamiento; luego de estar influenciado por las experiencias de Berheim sobre hipnosis, e incrementar su entusiasmo, al participar como discípulo en las demostraciones de Charcot con pacientes histéricas. A partir de esta última experiencia, dedicó, de manera práctica, el resto de su vida a la búsqueda del trauma dinámico, que en la apreciación del maestro de la Salpetriere era el origen del pitiatismo o histeria.

En 1895, durante su trabajo con Breuer en la asistencia de pacientes histéricos a los que mejoró luego de lograr, bajo efecto hipnótico, confesiones de tendencias y experiencias penosas que se habían olvidado, infirió que existían impulsos reprimidos relegados al inconsciente que tenían significativa función en la patogenia de los cuadros psiquiátricos y desarrolló, a partir de este principio, un método terapéutico y de exploración del inconsciente que pasaría, a la historia con el nombre de psicoanálisis clásico u ortodoxo, el que pese a sus limitaciones dogmáticas, especulaciones idealistas, y reducida utilidad social, por su elevado costo y duración prolongada, tuvo una función significativa en el desarrollo de esta profesión, al resaltar la importancia, de las funciones psíquicas en la valoración del hombre y el significado de la motivaciones inconscientes.

Posteriormente, Freud, extrapoló sus apreciaciones sobre el desarrollo de la psiquis a la evolución de la sociedad y, a partir de 1913, sus publicaciones pretendieron explicar, a partir del complejo de Edipo, piedra angular de sus concepciones, el origen de la sociedad, la moral, el arte, la ciencia y las guerras apartándose, totalmente, de su original proyección médica con la pretensión consciente o no de convertir su método en teoría filosófica.

Sin embargo, habida cuenta del valor histórico de su método y las indiscutible repercusión mundial sobre la medicina, la psicología y psiquiatría, se describen los aspectos esenciales del tratamiento psicoanalítico, ya que es justo destacar que, a pesar de carecer de la fundamentación científica convencional y partir de bases esotéricas, aportó aspectos de valor indiscutible para la comprensión del enfermo psíquico y su relación con el terapeuta, así como para su tratamiento.

Principios esenciales del psicoanálisis

Existen cinco criterios o pilares básicos del psicoanálisis que se describen en forma muy resumida:

1. Criterio topográfico: la mente es dividida en tres estratos: consciente, preconsciente e inconsciente y un elemento básico del método es el planteamiento

de que los contenidos del inconsciente ejercen una influencia predominante sobre la personalidad y conducta y determinan las manifestaciones psicopatológicas, sobre todo si sus aspectos conflictivos no son canalizados adecuadamente.

2. Criterio estructural: plantea la existencia de tres niveles interactuantes: el *ello* regido por el principio del placer y considerando el reservorio de los instintos que buscan satisfacción; el *super yo*, o *super ego*, regido por el principio de la realidad y que funge como el nivel que incorpora las normas sociales intermediadas por los padres y otras figuras significativas y el *yo o ego*, aspecto operativo de la personalidad, que sirve como puente entre el *ello* y el *super yo* y que según su fortaleza será capaz de neutralizar o no la lucha entre uno y otro nivel representativo de los instintos y las normas sociales, incorporadas en el contexto familiar.

   A la luz de los conocimientos actuales se podría decir como hipótesis, que el super yo *tendría como sustrato anatómico y funcional la región prefrontal supraorbitaria, el* ello *se relacionaría con el sistema límbico, el circuito de las gratificaciones y el estriatum, mientras que el* yo *sería en la teoría analítica, el funcionamiento en vigilia de las regiones dorso laterales prefrontales.*

3. Criterio genético: plantea que las raíces de la psicopatología están en experiencias traumáticas remotas que determinan fijación o regresión en el desarrollo de la libido, categoría relacionada con el instinto sexual en su representación psíquica.

   Freud planteaba que la libido, en su desarrollo desde la temprana infancia, pasa por las etapas siguientes:

   a) Oral: presente en el niño de uno a uno y medio años, el placer es oral.
   b) Anal: se corresponde con la edad de 2 o 3 años, el placer se produce mediante la estimulación del ano, recto y vejiga.
   c) Fálica o edípica: entre los 3 y 7 años, el placer es en el pene y se aprecian esbozos de masturbación. En esta etapa, el niño es atraído por el progenitor del sexo opuesto y establece una rivalidad con el del sexo homólogo que los lleva a temer que este utilice como sanción medidas represivas en forma de castración. Se generan así, los complejos de Edipo y de castración, que en la opinión de Freud están presente en todos los sujetos, con independencia de su historia personal y medio sociocultural o familiar. Estos dos complejos son la piedra angular de la concepción psicoanalítica del desarrollo de la personalidad y del origen de las manifestaciones psicopatológicas.
   d) Fase de latencia: también denominada fase homosexual, evidenciable entre los 7 y 12 años; aquí hay in diferenciación en la elección del objeto amoroso y se plantea que es la etapa en que se establece el *super yo*.
   e) Fase genital: aparece después de los 13 años; aquí hay ya una franca orientación heterosexual y se establece el orgasmo como liberador de tensiones.

4. Criterios dinámico: plantea la existencia de fuerzas contrapuestas que se enfrentan, *ello* y *super yo*, cuyo equilibrio se logra por la actividad del *Yo* cuando este es adecuado.
5. Criterio económico: existe un caudal limitado de energía psíquica que no debe malgastarse en conflictos entre el *ello* y el *super yo*, pues esto resta energía a la actividad consciente.

Publicaciones más importantes de Freud

En 1895, *Estudios sobre histeria*, junto a Breuer); en 1900, *Interpretación de sueños*; en 1904, *Psicopatología de la vida cotidiana*; en 1906, *El chiste y su relación con el inconsciente*; en 1910, *Recuerdo infantil de Leonardo da Vinci*; en 1913, *Totem y Tabú*; en 1915, *El inconsciente*; en 1920, *Más allá del principio del placer*; en 1921, *Psicología de las masas y análisis del yo*; en 1923, *El yo y el ello*; en 1929, *La civilización y sus descontentos* y en 1939, *Moisés y la religión mono-teísta*.

Aspectos esenciales del desarrollo del tratamiento

Con el objetivo de hacer conscientes los conflictos reprimidos que se mantienen en un nivel inconsciente con toda su carga de energía, el terapeuta orienta al paciente a reclinarse en un diván de espaldas hacia el analista y comunicar, sin selección alguna, las ideas que fluyen en su mente, mientras que el médico limita sus intervenciones en el proceso terapéutico a determinadas interpretaciones orientadas a romper resistencias. El analista debe desempeñar ese papel para facilitar la liberación de los contenidos reprimidos que surgirán, progresivamente, mediante la libre asociación, sueños, actos fallidos, chistes y síntomas neuróticos.

Otro principio terapéutico es el análisis de la transferencia, consistente en la valoración y concientización de los vínculos afectivos que el enfermo, durante la llamada neurosis de transferencia, establecerá con el analista donde se repiten los patrones primitivos establecidos durante sus primeras relaciones significativas y que, supuestamente, fueron conflictivos, sobre todo como consecuencia de los mecanismos edípicos y la angustia de castración.

Las sesiones se producen con frecuencia de cuatro o cinco por semana y su duración es de 50 min. El tratamiento promedio toma unos 3 años. Se plantea que el mecanismo de pagar por el tratamiento facilita el proceso de curación y que el diván persigue lograr cierto grado de deprivación sensorial y facilitar el establecimiento de la relación prototipo, padre o madre-hijo.

Debe destacarse que el seguimiento estricto de los dogmas freudianos delimita lo que aún se conoce como psicoanálisis ortodoxo, en tanto que los aportes de otros autores, en el sentido de dar significado al medio sociocultural, caracteriza a los psicoanalistas culturalistas.

El psicoanálisis es también el tronco común de terapias de menor duración y desarrolladas con técnicas cara a cara, que representan la llamada psicoterapia de corte analítico.

Finalmente, se debe destacar que algunos autores denominan como psicoterapia dinámica a todas las variantes psicoterapéuticas que dan relevancia a la exploración del inconsciente (Tabla 4.1).

Tabla 4.1. Otros autores slgnificativos en la exploración del inconsciente

Autores y métodos	Criterios básicos	Características del tratamiento
A1fred Adler (1870-1937) Psicología individual	Inferioridad-compensación Estilo de vida como adaptación al medio, metas para alcanzar Precursor de medicina integral	Cara a cara, valoración biográfica, terapeuta activo, guía de acción, exteriorización de intereses Fue el primero en acortar terapia
Carl Jung (1875-1961) Psicología analítica	Inconsciente personal y colectivo Introversión-extraversión Pulsiones arquetípicas reprimidas Creó el término complejo	Cara a caraLa meta es adaptarse a la realidad externa e interna, análisis de los sueños, fantasías y creaciones artísticas Más activo
Adolf Meyer (1866-1950) Análisis y síntesis distributivos	La patología como reacción adaptativa a experiencias Precursor de medicina integral y psiquiatría en la comunidad	Cara a cara Estudio biográfico Análisis biográfico y síntesis correctora La persona que es Manejo de transiciones Valora asociaciones y sueños Entrevista como recurso básico (participante observador)
Harry Stack Sullivan (1882-1949) Psiquiatría interpersonal	Trabajó con Meyer Pionero de los culturalistas Buscó modo de objetivizar el fenómeno psicoterapéutico Ansiedad como respuesta a desaprobación	Cara a cara Énfasis en la comunicación interpersonal Cómo llegó a ser la persona que es Manejo de transacciones Valora asociaciones y sueños Entrevista como recurso básico (participante observador)
Erich From (1900-1880) Adaptación dinámica	El carácter en relación con asimilación y socialización Factores culturales tan importantes como necesidades Influyó sobre Horney Enfatiza importancia del sistema socioeconómico	Cara a cara Edipo no como rivalidad, sino rebelión ante la autoridad La inseguridad surge al comienzo de liberación Énfasis situaciones actualesen Terapeuta activo
Karen Horney (1885-1952) Análisis del carácter	La neurosis no solo por traumas infantiles Valora hostilidad ante rechazo e influencia del medio Acúmulo de psicotraumas Como bola de nieve rodando	Cara a cara y diván combinados Cambiar modo de ser y existir reconociendo sentimientos, deseos y valores Terapeuta activo
Wilhelm Reich (1897-1957) Análisis del carácter	Trató de vincular psicoanálisis y marxismo Habló de sociedad enferma Describió neurosis del carácter Los rasgos del carácter como defensa	Cara a cara Interpreta resistencias del carácter para que afloren los conflictos Difiere de Horney en que para él, la valoración del carácter es solo un paso previo al análisis

Valoración crítica del psicoanálisis

Una visión crítica elemental del psicoanálisis permite destacar su carácter biologista al fundamentarse en la represión de instintos sin valorar el significado del medio social más que en lo referente a la estructura familiar que existía en su época y su contexto sociocultural.

Su énfasis en la teoría de la libido le da un carácter pansexualista, en tanto que el puesto en la reiteración de vivencias infantiles, sin posibilidad de modificaciones evolutivas, le da su carácter metafísico. Por otra parte, la explicación de las fuerzas interactuantes del *ello* y el *super yo*, con principios similares a los hidrodinámicos de la época, le aportan un carácter mecanicista. También se ha dicho que Freud, al tomar de diferentes fuentes, elementos en que basar sus brillantes especulaciones, asumió la línea de eclecticismo de conveniencia y, al crear un método de difícil comunicación y comprobación científica, cayó en una proyección de introspección esotérica y por eso, difícilmente, comunicable (61).

La generalización de símbolos y mecanismos fue otro talón de Aquiles de su método y finalmente, sus incursiones en el campo de la sociología, determinaron que al idealismo objetivo que, originalmente, guió su obra, se sumara el carácter especulativo de sus apreciaciones sociales superadas por algunos de sus seguidores.

Estas valoraciones no pueden, sin embargo, perder de vista la época en que surgió este método psicoterapéutico y su carácter de pionero en el ámbito médico, ya que la hipnosis, pese a su antelación histórica, careció de una fundamentación teórica estructurada y, al surgir con un matiz de espectáculo, se apartó de la tradición médica. Se es, finalmente, muy injusto, si no se reconocen los formidables aportes del psicoanálisis a la medicina, la psicología y la psiquiatría, al realzar el significado de la psiquis en una etapa somatista del desarrollo de la medicina y el significado de las motivaciones inconscientes para la comprensión del comportamiento.

Otro aporte de alta significación humanística es la demostración de la relación transferencial entre quien recaba y oferta la psicoterapia, fenómeno extensible a otras gestiones asistenciales y que permite profundizar en los mecanismos de la relación médico-paciente.

Jugó, finalmente, un papel de primer orden en el desarrollo de la medicina, denominada psicosomática, pero que representa un formidable paso de avance en el camino hacia la concepción integral del ser humano, tanto en situación de salud, como de enfermedad.

En lo personal, se considera que dichos aportes ganan en trascendencia humana, si se valora el momento histórico social en que ocurrieron.

Utilidad del psicoanálisis en la atención de pacientes adictos

Aún cuando el método ortodoxo sea, excepcionalmente, utilizado con toxicómanos, la psicoterapia dinámica resulta de alta efectividad, en los casos de patogenia asertiva, evasiva y sintomática.

Por otra parte, las técnicas de psicoterapia breve de base analítica para el abordaje de las crisis, resultan de frecuente y valiosa utilización, ante la repercusión catastrófica del tóxico en el marco hogareño.

En esta experiencia y pese a reconocer el énfasis que se pone en la línea cognitivo conductual inspirativa, con el acercamiento consecuente al modelo del proceso enseñanza aprendizaje, se considera que en la mayoría de los casos atendidos los recursos de procedencia dinámica se han utilizado en una forma u otra para ayudar a pacientes y/o a sus familiares.

Recursos derivados del psicoanálisis y de las psicoterapias analíticas:

1. Catarsis: la salida o desprendimiento de contenidos ideativos penosos, cuando se produce, ante un terapeuta comprensivo y no enjuiciador, tiene un alto significado ansiolítico. La técnica esencial para su determinación, es la ruptura de defensas y la actitud de aceptación.
2. Abreación: en este caso, el proceso además de cognoscitivo tiene componentes afectivo-conativos y representa el grado mayor de exteriorización de conflictos.
3. Confrontación: la focalización de problemas y el enfrentamiento con la realidad, es un recurso de alta relevancia en la atención a toxicómanos que, de manera habitual, se utiliza en el contexto de entrevistas familiares o en grupos psicoterapéuticos. En muchos casos, sus resultados profundizan la conciencia de enfermedad.
4. Clarificación: consiste en el establecimiento de lo esencial en los temas valorados en la comunicación. En sentido figurado es el subrayado que hace el terapeuta para conducir al paciente a la médula de las cuestiones y facilitar el *insight*.
5. Interpretación: es una herramienta psicoanalítica básica y su utilización, en tiempo, puede, tanto romper una defensa, como facilitar la comprensión de mecanismos dinámicos expresados como motivaciones inconscientes de la conducta.
6. Experiencia emocional correctiva: este recurso aportado por Alexander, un psicoanalista cultural que incursionó, con notable éxito, en el campo de las afecciones psicosomáticas, se refiere a la conducción de la entrevista psicoterapéutica de modo que el paciente tome conciencia durante la interacción, que muchas experiencias, que antes fueron traumáticas, pueden no tener igual significado actual. El ejemplo clásico es que la respuesta serena y comprensiva del terapeuta ante una manifestación de hostilidad verbal hace reconsiderar al paciente la imagen establecida, cuando eso ocurría ante su padre punitivo. La actitud imperturbable del terapeuta de un toxicómano cuando comunica una recaída, se aparta del esquema represivo de su familia y, en muchos casos, permite al paciente, reconocer el mecanismo de consumo como expresión de rebeldía y hostilidad hacia los padres.
7. Análisis de transferencia: con frecuencia el toxicómano establece, con mayor o menor nitidez, vínculos transferenciales, cuya valoración permite profundizar en el conocimiento de sus actitudes ante personas significativas y mecanismos ancestrales que actúan como motivaciones inconscientes.

8. *Working throught*: durante el tratamiento de un toxicómano es fundamental lograr en el paciente una actitud de valoración crítica, ante las experiencias que ocurren, entre una y otra entrevista, con la concepción de que el proceso terapéutico, se refuerza en las sesiones interpersonales, pero tiene un carácter prospectivo donde, con actitud introspectiva, el paciente puede descubrir aspectos relevantes de su problemática.
9. Valoración biográfica: la comprensión de la conducta actual es, muchas veces, lograda cuando se toman en cuenta experiencias anteriores, en diferentes etapas de la vida en que pueden haberse establecido huellas psicotraumáticas, mecanismos defensivos y aprendizajes que le dan significado especial a las vivencias futuras y que, muchas veces, actúan sin que el paciente pueda establecer una relación entre pasado y presente. En el caso de los toxicómanos, debe enfatizarse también, lo referente a las primeras experiencias con las drogas.
10. Interpretación de sueños: todo profesional que ha tratado a toxicómanos, reconoce la frecuencia con la que estos expresan en sueños su ambivalencia ante las drogas en la fase de abstinencia temprana y las referencias en los mismos al terapeuta o al contexto en que recibe la ayuda.

La valoración con el paciente adicto del significado de estos sueños puede utilizarse con finalidades gratificantes y otras con objetivos sugestivos, inspirativos, didácticos o interpretativos.

Métodos basados en el efecto de la palabra

Antecedentes. Es indiscutible que uno de los aspectos medulares en la relación psicoterapéutica es la comunicación verbal, que viabiliza la transmisión de informaciones, tanto en un sentido, como el otro y que, junto a los mensajes extra verbales, se erige como el principal vehículo de interacción cognitivo afectivo.

Aunque la palabra fue considerada desde los primeros aportes de Freud y Breuer, como vía de catarsis y, posteriormente, se destacó la relevancia de la verbalización como medio, para hacer consciente lo inconsciente (62). En la presente categoría psicoterapéutica, se incluyen solo las técnicas que se fundamentan en el efecto implícito, en la percepción por parte del paciente del lenguaje verbal o escrito, programado, de manera conciente, por el terapeuta para perseguir los objetivos trazados.

Incluye también las técnicas fundamentadas en el efecto de la repetición de frases por parte del propio paciente. Aunque la palabra, seguramente, fue utilizada con fines terapéuticos desde los comienzos de la humanidad, la fundamentación científica de su eficacia como recurso médico, no fue establecida hasta los trabajos de Pavlov (63).

En efecto, aunque el primer método psicoterapéutico fue propiamente la hipnosis, utilizada por Mesmer en la séptima década del siglo XVIII, su explicación como resultado del magnetismo animal, así como el carácter teatral que su creador le

imprimió, la desacreditó, en su totalidad, en sus etapas iniciales y no ganó verdadera relevancia científica hasta que su esencia fue demostrada, gracias a los aportes de la reflexología, ya que el uso de este método por hombres tan prestigiosos como Braid, que le dio el nombre; Charcot, que la usó con pacientes histéricas y propuso que solo era aplicable a estas; Berheim y Libeault que ampliaron su campo de aplicación a todo sujeto sugestionable, así como Breuer y Freud que la utilizaron como hipnoanálisis, no pudo ser sustentado en la demostración indiscutible de sus fundamentos científicos y, por otra parte, en la actualidad, no se considera, propiamente, un método psicoterapéutico, sino auxiliar, ya que se fundamenta en un estado de disociación de conciencia.

En cuanto a la palabra como método psicoterapéutico en estado de vigilia, fue utilizada desde 1912 por Dubois, pero él consideró que su efecto persuasivo tenía como fundamento la corrección de apreciaciones equivocadas que tuviesen los pacientes con una proyección parecida a la sostenida, en la actualidad, por Ellis. Debe destacarse también que en las primeras décadas del siglo xx existía la influencia del modelo psicoanalítico, donde el terapeuta, necesariamente, debía asumir una función pasiva en el tratamiento, lo que dificultó, por algún tiempo, el desarrollo de métodos más activos, como el que ahora se estudian.

Fueron los trabajos de Sechenov, expuestos en su libro *Los reflejos del cerebro,* publicado en 1862, y los aportes de Bejterev con su *Psicología objetiva,* los que trazaron el camino que, brillantemente, enriquecieran Thorndike y Pavlov al demostrar la significación de los reflejos condicionados, tanto en las funciones psíquicas normales, como en las patológicas.

Los aportes de Pavlov permitieron establecer que toda palabra conocida por un ser humano es un agente reflejo condicionado y que toda terapia verbal es una terapia reflejo condicionada.

Con eso se establecieron las bases científicas del efecto de la palabra, tanto en estado de vigilia, como en estado de sueño hipnótico, barbitúrico o natural.

Mecanismos

Establecimiento de nuevos condicionamientos positivos. Que compitan con, o inhiban los condicionamientos patógenos anteriores o también el reforzamiento de condicionamientos ya existentes, que tengan efecto competitivo con los patógenos.

Así un toxicómano sociocultural (condicionamiento patógeno) atenúa su sintomatología cuando el terapeuta, por mecanismos persuasivos; logre convencerlo de la conveniencia de practicar un deporte, creando así un condicionamiento positivo que competirá con el que subyace en la habituación patológica. En el segundo mecanismo expuesto, el terapeuta reactiva la antigua afición del paciente por la música y logra similares efectos positivos.

Acción por inducción o inhibición recíproca. Las palabras de apoyo e informaciones ansiolíticas del médico, así como las técnicas de relajación, controlan los focos de excitación patológicos expresados en los toxicómanos por ansiedad o ideas paranoides, mientras que las frases inspirativas compiten con focos de inhibición expresados por depresión e ideas de culpa.

Encuentro de la inhibición general con el estado especial del punto enfermo. Se ha demostrado que el sueño hipnótico, cuando no se activen los puntos enfermos en el sistema nervioso no es terapéutico.

Es necesario que durante el mismo o durante cualquier estado inducido, terapéuticamente, se reactive el foco de conflicto o punto enfermo, para que la inhibición general tenga su efecto modificador, este principio explica que antes de utilizar las influencias positivas es necesario focalizar el tema.

Liquidación de focos inertes de excitación patológicos. Los focos patológicos de excitación pueden eliminarse mediante la descarga de su energía durante la comunicación verbal. Esta es la comprensión reflexológica de la abreación y la catarsis. Su expresión clímax es la comunicación de experiencias penosas bajo efecto narcótico o hipnótico como ocurre en reacciones de gran tensión ante contingencias bélicas o catástrofes naturales.

Modalidades psicoterapéuticas

Psicoterapia persuasiva o racional. Este método, iniciado por Dubois en 1912, con la fundamentación teórica de que su efecto era consecuencia de la modificación lograda en el paciente sobre sus criterios erróneos, fue, con posterioridad, desarrollado por Lcbedensky, quien evidenció que los mecanismos de acción de la persuasión, información, sugestión y exteriorización de intereses, recursos fundamentales en esta variante psicoterapéutica, eran, precisamente, los descritos en el efecto terapéutico de la palabra.

La psicoterapia racional de Lebedensky se desarrolla mediante entrevistas cara a cara, en una profunda relación de participación mutua y, a diferencia de las terapias de base analítica, el terapeuta es, significativamente, activo orientador, esclarecedor, transmisor de seguridad, comprensión y experiencia.

El prototipo de relación es el de padre-hijo y la duración de la terapia es variable, según los objetivos perseguidos que pueden ser supresivos, reeducativos y reconstructivos. Esta modalidad terapéutica es utilizada, con frecuencia, con toxicómanos y no debe confundirse con la racional emotiva de Ellis pese a tener elementos comunes en su nombre y algunos mecanismos.

Psicoterapia sugestiva. La esencia conceptual de la sugestión como recurso psicoterapéutico es la transmisión de mensajes que el paciente incorpora con notable convicción, gracias a la relación positiva con el terapeuta y la autoridad que emana del prestigio profesional de este. En lenguaje reflexológico, la sugestión es un nuevo condicionamiento que se puede orientar para lograr diferentes objetivos.

Esta variedad psicoterapéutica puede utilizarse con el paciente en *estado vigil*, actuar sobre él en forma directa, como cuando se le informa que sus molestias desaparecerán en breve tiempo o, en forma indirecta, mediante la utilización de un intermediario, que, generalmente, es un recurso terapéutico biológico, como en el ejemplo siguiente: tan pronto sienta el calor que le producirá esta inyección, apreciará notable mejoría en su dolor de cabeza, ya que eso quiere decir que el medicamento está actuando en su sistema nervioso.

La *sugestión en estado hipnótico,* utilizada en forma empírica desde Mesmer y desarrollada con base científica por Platonov y otros autores de diferentes latitudes, se fundamenta, neurofisiológicamente, en la focalización intensa y mantenida de la atención en un punto, con el consecuente estrechamiento del resto del campo de la conciencia. El punto en que se focaliza la atención es, precisamente, el que se mantiene como enlace con el terapeuta y este puede establecerse utilizando estímulos verbales monótonos o mediante recursos visuales y propioceptivos, al mismo tiempo que los relacionados con el lenguaje oral.

La sugestión hipnótica puede utilizarse con finalidades supresivas o con el objetivo de obtener material de difícil comunicación en estado vigil. Esta última técnica, cuyo propugnador fue Breuer, se denomina, en la actualidad, hipnoanálisis y puede utilizarse como recurso complementario de muchos métodos psicoterapéuticos. La hipnosis puede perseguir también objetivos informativos, persuasivos, así como de exteriorización de intereses.

Las técnicas más utilizadas por el médico para lograr el efecto hipnótico son las que determinan una inducción progresiva del sueño hipnótico, ya que deben evitarse los recursos de relevancia teatral. La terapia hipnótica puede administrarse cara a cara o utilizando el diván. Cuando se aplica a mujeres por terapeutas del sexo opuesto es recomendable la presencia de personal auxiliar. La duración del tratamiento puede variar de una a cincuenta o más sesiones.

La *sugestión bajo sueño narcótico* fue desarrollada por Horsley, durante la segunda guerra mundial, con el objetivo de resolver reacciones agudas ante gran estrés. La técnica era la administración de tiopental endovenoso en dilución de 0,5 *g* en 20 mL de suero fisiológico, con el objetivo de pasar unos 250 mg en no menos de 5 min, hasta lograr un nivel de afectación de la vigilia que permita el mantenimiento de un punto de contacto con el terapeuta.

Su mecanismo de acción fundamental es la liquidación de focos de excitación mediante la catarsis narcótica, pero su utilización por el médico general se limita por el riesgo anestésico, lo que recomienda que este método solo sea utilizado en presencia de personal especializado.

La sugestión en estado de sueño natural se ha propuesto, por algunos autores, pero su factibilidad es muy limitada.

Psicoterapia basada en la autosugestión. La primera manifestación histórica de este método en el ámbito médico fueron las recomendaciones de un farmacéutico francés de apellido Coue, que indicaba a sus pacientes la repetición de frases con mensajes positivos, luego de haberles explicado el significativo efecto de estas sobre el funcionamiento de la psiquis y el organismo, en general. Las frases eran repetidas unas 30 veces, a diario, durante 6 meses y sus contenidos eran similares a *cada día me siento más alegre*. El método aplicado desde principios de siglo, arrojó resultados positivos.

Con posterioridad aparecen las técnicas de relajación preconizadas por Jacobsen, cuyo principio es determinar relajación en diferentes sectores musculoesqueléticos, de inmediato, después de haber sido contraídos voluntariamente.

Schultz asoció la relajación a imágenes verbales como: "mi brazo está pesado", "mi brazo está caliente", "el corazón late tranquilo", "mi mente está fresca", y creó así un grupo de ejercicios básicos de carácter autosugestivo. Estos ejercicios, que el autor denominó de fase inferior, son los que, en realidad, caben en la categoría de psicoterapia basada en el efecto de la palabra, ya que los utilizados en su fase superior son ejercicios de meditación de corte transpersonal. En este servicio luego de los ejercicios básicos se agrega la sugerencia: "Soy capaz de decir no al alcohol o soy capaz de decir no a la cocaína, etc.".

Las técnicas de Jacobsen y Schultz tienen en común su aplicación progresiva, ya que parten de grupos musculares localizados; posteriormente se generalizan a todo el cuerpo. Debe recordarse también la significación que la relajación muscular generalizada tiene para lograr la concentración mental, debido a que la ausencia de actividad propioceptiva es facilitadora de ese proceso. La relajación con la técnica de Schults se ha utilizado, con éxito, en este medio (64).

Psicoterapia causal. Este método desarrollado por Sviadosh, autor soviético de gran experiencia en el tratamiento de las neurosis tiene su esencia en la búsqueda de los condicionamientos originales determinantes de manifestaciones psicopatológicas.

El paradigma experimental de esta variante psicoterapéutica está en el sujeto acondicionado a que la inyección de agua que sustituye a la insulina administrada durante un tiempo adecuado origine hipoglucemia, deja de presentar esta una vez que se le informa que el producto administrado es agua y no insulina como él pensaba.

En la experiencia de Sviadosh se informa el caso de una paciente con náuseas y vómitos ante el olor a pino, quien, solamente, eliminó su sintomatología cuando conoció que había establecido un condicionamiento entre el olor a pino del adorno floral utilizado en el sepelio de un familiar fallecido y las emanaciones odoríficas de su cadáver en descomposición.

En muchos casos el tratamiento, que se realiza cara a cara, se prolonga por meses o años.

Psicoterapia de actitudes. Es otro método basado en el efecto de la palabra desarrollada por un autor soviético Miasischev. El objetivo central de este método es la exploración, discusión y corrección, por mecanismos reflejos condicionados facilitados por la palabra, de las actitudes que tienen papel patógeno en la problemática psíquica del enfermo. Es bueno destacar que el inconsciente es reconocido por su potencialidad patógena por los psiquiatras que utilizan la psicoterapia fundamentada en el efecto de la palabra, aunque, en forma contraria a los seguidores del psicoanálisis, no lo priorizan como factor patógeno.

Los trabajos de Bassin, Uznadze, Seriosha y otros han validado, científicamente, la existencia de lo inconsciente, así como la significación de los *sets* en el procesamiento de la información y la programación de algunas conductas (65).

Psicoterapia didáctica. El terapeuta reactiva su ancestral función de maestro y transmite informaciones de alto valor terapéutico. Esta técnica es fundamental en los toxicómanos y puede utilizarse en forma individual, aunque, con mayor frecuencia, en grupos. En un estudio efectuado en este servicio la técnica fue reconocida por los pacientes como muy efectiva para su recuperación (66).

En la actualidad se trabaja con el propósito de acercarse, cada vez más, al modelo pedagógico, organizando, de manera coherente, los temas didáctico-reflexivo-inspirativos aplicando principios pedagógicos, en la búsqueda de un aprendizaje que combine lo cognitivo con lo afectivo, alcanzado por técnicas inspirativas y de exhortación, derivadas de influencias directas del equipo y de la trascendente interacción de los grupos psicoterapéuticos. Es criterio que, en una alta proporción de enfermos, la rehabilitación se basa en el establecimiento de firmes convicciones acerca de la abstinencia permanente, la modificación del estilo de vida y la reposición de los daños determinados en la etapa de consumo.

Valoración crítica

Esta corriente psicoterapéutica enfatiza los aspectos cognitivos y la influencia sugestiva del terapeuta, por lo general, planificada y, otras veces, espontánea dado su rango profesional.

Su utilización, sin embargo, debe asociarse con recursos capaces de modificar los factores dinámicos y aportar aspectos vivenciales de mayor profundidad.

Tiene muchos mecanismos comunes con la proyección cognitivo conductual e incluye entre sus variantes la biblioterapia, que resulta muy efectiva cuando la lectura se realiza en grupos y se debate en forma de taller entre los pacientes.

Una forma indirecta, aunque carente de la repercusión afectiva de las vivencias intercambiadas en los debates, es la orientación de lecturas individuales y también la efectuada a distancia con pacientes y familiares que, en forma espontánea, adquieren libros de proyección científico-popular y de autoayuda sobre estos temas. Es también una forma indirecta de satisfacer la necesidad sentida de información, presente en todos los adictos y familiares.

Utilidad de la psicoterapia

Pese a lo señalado en el párrafo precedente, se piensa que ninguna modalidad psicoterapéutica puede, por sí sola, satisfacer las necesidades de cambio psicológico que necesita un toxicómano y, por otra parte, como advirtió Honorio Delgado, no es científico ni práctico (ni ético, se añade) sectorizarse a una escuela y desechar los valiosos aportes de otras.

La tabla 4.2 expone, en forma comparativa, la apreciación sobre la utilidad esperada de cada variante psicoterapéutica, según los mecanismos patogénicos predominantes en cada paciente (los números representan la evaluación en escala de uno a cinco en la que el cinco es la máxima utilidad conferida).

Tabla 4.2. Modalidades y mecanismos de la psicoterapia basada en el efecto de la palabra

Modalidad	Mecanismo de acción					Comentarios
	Condiciona-mientos	Inducción recíproca	Descarga de energía	Punto de acción sobre el punto del enfermo	Arrastre del punto de excitación	Primer sistema: *veo un fuego* Segundo sistema: *me lo dicen o escriben* Aparece el símbolo palabra Nivel psicológico. También junto al efecto de la palabra, efecto exraverbal y como siempre efecto inespecífico de la relación *interpersonal técnica de ayuda*
Persuasiva (Dubois) o racional (Lebedensky)	S	4	2	4	2	Dubois 1912. *Modificar criterios erróneos* Lebensky 1940. *Terapia reflejo condicionado*. Cara-cara. Relación padre-hijo, información su gestión persuación Dura semanas o años
Sugestiva, vigíl (dir. ind)	S	S	3	4	4	Condicionamiento impuesto por autoridad técnica y relación Cara-cara relación padre-hijo pequeño Dura, semanas o meses
En sueño natural	2	S	2	4	2	Sueño con Rapport (ventana de contacto con terapeuta) poco practicado
Hipnótico (Platonov, 1940)	5	5	4	5	5	Focalización de la actividad en un punto (contacto con el terapeuta)
Narcótico (Horsley, 1940)	3	5	5	5	5	Cara-cara o diván. Relación padre-hijo. Sugestión directa, indirecta o hipnoanálisis. Hipnosis supresiva. Una a cincuenta sesiones. Tiopental 0,5 g en 20 mL lento
Con relación muscular (autosugestivas)	5	5	2	3	1	Si el sueño produce relajación, la relajación produce sueño (James: "Estoy sereno por estar relajado") Ejercicios fase inferior Jacobsen (contracción relajación)
Schultz Jacobsen Casual (Sviadosh)	5	4	3	3	3	Sesiones semanales. Ensayo diario Inyección de agua después de insulina produce: hipoglucemia' Hasta que el sujeto lo sabe. Cara-cara largas conversaciones, sueños, hipnoanálisis, información, sugestión

Como resulta inferible, los mejores resultados esperados con estos métodos se logran en los pacientes con patogenias socioculturales.

Recursos

Apoyo. Una vez establecida la relación positiva, las palabras, orientadas para reforzar la seguridad personal del paciente pueden lograr resultados muy significativos. En el caso de los toxicómanos, este recurso se utiliza para aumentar su asertividad interpersonal e incrementar la confianza en sus potencialidades para vencer en la lucha contra el tóxico.

Información. La transmisión de conocimientos básicos con relación a la problemática de las drogas, sus mecanismos de acción, las condiciones en que se incrementan los riesgos de recaída y los recursos más efectivos para mantener la abstinencia son de tanta relevancia que existen grupos psicoterapéuticos, cuyo objetivo básico es de tipo didáctico, aunque, con frecuencia, incorporan también recursos inspirativos. Un ejemplo claro de lo que vale la información en las toxicomanías es el hecho estadístico de la notable reducción del consumo de tabaco entre los médicos.

Gula de acción. Muchas veces en el tratamiento de los toxicómanos el terapeuta tiene que asumir, temporalmente, la guía de su comportamiento y uno de los ejemplos más típicos es la organización del tiempo libre del paciente o la orientación enfática a separarse del grupo de consumidores.

Sugestión. Un viejo adagio clínico expresa que: "lo que puede lograrse con la hipnosis es también posible lograrIo en vigilia". Esto, sin embargo, toma más tiempo aunque sus resultados son también duraderos. La autoridad, personalidad y prestigio que el rango científico del terapeuta posibilita, facilita que el paciente asimile algunas ideas sin que sea necesaria su valoración crítica, aceptándose, por tanto, en forma directa hasta el punto de que, muchas veces, se incorporan como nuevos valores y hasta convicciones. La hipnosis se puede utilizar con sugestiones aversivas directas con orientaciones poshipnóticas o como hipnoanálisis.

Autosugestión. Cuando se logra el entrenamiento cotidiano con ejercicios de relajación una de las fases asociadas debe orientarse por su reiteración para incrementar la convicción del *no* definitivo a las drogas.

Persuasión. La utilización de argumentaciones irrebatibles para desarrollar las actitudes de ego distonía ante las drogas, debe ser un recurso de continua utilización por el terapeuta y sus resultados son muy favorables, siempre que el profesional no abandone su condición de aliado en la lucha contra el tóxico y no asuma una actitud punitiva.

Exploración causal. La discusión con el paciente de las primeras experiencias con tóxicos su contexto, objetivos, efectos, así como los mecanismos de aprendizaje que subyacen en la habituación es también de alto significado.

Análisis y orientación de actitudes. Las observaciones de un terapeuta experimentado sobre las actitudes patológicas diagnosticadas, deben valorarse, progresivamente, al utilizar el método didáctico de las situaciones problemas, de manera

que el paciente pueda reconocerlas mediante un razonamiento progresivo conducido por el especialista.

Manejo de convivientes. Las orientaciones dirigidas a neutralizar situaciones nterpersonales negativas en el contexto habitual del paciente son de gran utilidad. Un ejemplo es la modificación de la actitud del padre que transmite a un drogadicto su apreciación de caso perdido. Este recurso exige esfuerzos importantes para cambiar actitudes, generalmente, reforzados por muchos años.

Relajación. El efecto competitivo de las técnicas de relajación progresiva con la sistemática de Schultz o Jacobsen es muy valioso en las toxicomanías. En este acápite se incluye la lograda por inducción del terapeuta.

Inducción recíproca interpersonal. Las comunicaciones asertivas del terapeuta y la demostración de confianza en las potencialidades de los pacientes ejemplifican este recurso.

Exteriorización de intereses. Su esencia es la guía motivacional que debe sustentarse en un profundo conocimiento de las potencialidades e intereses anteriores del paciente.

Biblioterapia. La recomendación de lecturas específicas puede perseguir objetivos informativos, persuasivos o inspirativos y constituye un recurso de frecuente utilización.

Exhortación. Es una variante de la guía de acción que se fundamenta en mensajes sugestivos e inspirativos. Este recurso es muy utilizado en los grupos didáctico-inspirativos.

Métodos basados en la experimentación psicológica

Antecedentes. Las raíces históricas de estos métodos están vinculados a los trabajos de Sechenov, Bejterev, Thorndike, Pavlov, Wundt, Guthrie, Watson, Hull y Skinner, como investigadores fundamentales y a los nombres de Shapiro, Eysenck, Dollar y Miller, Wolpe, Yates y otros psicoterapeutas que han contribuido al desarrollo de este método con sus aportes derivados de la experiencia clínica.

Sus concepciones iniciales, expresadas en esencia por el conductismo de Watson teñido por el mecanicismo en su esfuerzo, como escuela opositora al psicoanálisis, de llevar a un plano objetivo el proceso psicoterapéutico, se han desarrollado con criterios integrales, donde los recursos de la terapia y modificación de conducta se utilizan en el contexto de un programa terapéutico que incluye la valoración del hombre en sus aspectos biopsicosociales. Su denominación más frecuente, actualmente, es la de terapia conductual o terapia y modificación de conducta.

Afortunadamente la valoración inicial, en la que la personalidad y los procesos psíquicos eran designados como la caja negra donde entraba la información procedente de las situaciones enfrentadas, y salía la conducta observable, ha quedado atrás con las concepciones actuales que fundamentan nuevas corrientes, donde se incluye la terapia cognitiva conductual, que implica la valoración del procesamiento y almacenamiento de la información, así como algunos aspectos afectivos y de la programación de conducta, elementos que con las proyecciones originales eran obviados por subjetivos.

En esta avanzada proyección se inscriben la terapia cognitiva conductual de Aaron Beck y otras similares proyecciones como la emotivo racional de Ellis, el análisis transaccional de Berne y la psicoterapia realista de Glasser.

Se considera, por tanto, que los aportes de esta escuela, cuando se integran en el contexto adecuado, pueden ser muy valiosos como recursos específicos.

Fundamentos teóricos

Aprendizaje condicionado clásico. Una luz roja (estímulo neutro) que precede, en varias ocasiones, al polvo de carne (estímulo incondicionado), llega a producir la salivación sin necesidad del polvo de carne y entonces esta salivación es una respuesta condicionada.

Si se pasa del terreno experimental al psicopedagógico se aprecia que las canciones de cuna preceden a las maniobras y condiciones ambientales facilitadoras del sueño y después de varias asociaciones temporales, la canción (que antes era estímulo neutro), se convierte en estímulo condicionado y la respuesta sueño se origina sin necesidad de las maniobras y condiciones habituales para dormir.

En el campo de la clínica, lo mismo ocurre con la experiencia de ser mordido por un perro, como consecuencia de no haber podido abrir una puerta durante la huida ante el animal agresor. En este caso, la puerta cerrada que, originalmente, era un estímulo neutro, se convierte, mediante la asociación con la experiencia traumática, en un estímulo condicionado capaz de producir la respuesta miedo, sin que se repita la mordedura del perro, y ahora la respuesta fóbica del tipo de la claustrofobia se origina ante la puerta cerrada. La claustrofobia, en este ejemplo, sería un síntoma aprendido por mecanismos condicionados y representaría una respuesta condicionada que se generalizaría ante la presencia de puertas cerradas. Cuando se llevan estos ejemplos a un esquema, como se muestra en la tabla 4.3.

Tabla 4.3. Aprendizaje condicionado (Pavlov y Watson)

Nivel	Estímulo neutro	Estímulo específico (reforzamiento)	Aprendizaje
Experimental	Luz Roja	Polvo de carne	Salivación
Psicopedagógico	Canción de cuna	Maniobras para dormir	Sueño
Psicopatológico	Puerta cerrada	Mordida de perro	Fobia

Observe que en los tres ejemplos valorados como aprendizajes condicionados, el reforzamiento precede a la conducta y esta es la característica que lo diferencia del aprendizaje instrumental, como se observa a continuación.

Aprendiaje instrumental. Durante un experimento, el mono aprieta un botón y en la caja de pruebas se abre una portezuela que le permite comer su fruta preferida. Este reforzamiento positivo facilita el aprendizaje de cómo obtener la fruta apretando el botón. Un niño que trae al hogar el informe de sus buenas notas

es gratificado con frases cariñosas y otras demostraciones de satisfacción, por parte de la familia, y, a partir de entonces, se esfuerza por obtener buenas notas, es decir, aprende a ser estudioso.

En el terreno de la psicopatología un sujeto crónicamente angustiado bebe y, cuando aprecia el control temporal de la angustia, aprende a beber. Esto, llevado a un esquema sería como se presenta en la tabla 4.4.

Tabla 4.4. Aprendizaje instrumental (Skinner y Hull)

Nivel	Conducta	Reforzamiento	Aprendizaje
Experimental	Oprime botón	Obtiene comida	Obtener comida así
Psicopedagógico	Estudia	Obtiene un premio	Se esfuerza en estudiar
Psicopatológico	Sujeto angustiado	Bebe y se alivia	Beber con frecuencia

Aprecie que en los ejemplos precedentes, el reforzamiento es posterior a la conducta. Esta es la característica esencial del aprendizaje instrumental.

Mowrer investigó el motivo por el cual algunos condicionamientos patógenos no se extinguían, pese a no ser reforzados como la claustrofobia en el ejemplo del perro que se mantenía, pese a que, posteriormente, no se producía ningún nuevo ataque. Su razonamiento fue como sigue.

Esquema de Mowrer:

Puerta cerrada-ataque perro-claustrofobia-conducta de evitación-mantiene fobia (atenúa angustia y, por tanto, refuerza)

En este esquema se observa que luego de establecido el aprendizaje condicionado (fobia ante la puerta cerrada), las conductas de evitación del sujeto, cómo alejarse de lugares cerrados o mantener las puertas abiertas, actúan como un reforzamiento de la claustrofobia y esta, por tanto, se mantiene pese a que no ocurren nuevos ataques de perros. Estas consideraciones permiten comprender los aspectos esenciales de este método terapéutico.

Esquema conductal clásico		
A	B	C
Situaciones que preceden la conducta	Conducta	Consecuencias de la conducta

Se aprecia que los recursos terapéuticos que actúan modificando la relación entre la conducta y la situación precedente, como en el caso del alcohólico en que se sustituye la situación agradable, de la compañía de amigos de tragos antes de beber, por la situación desagradable de las náuseas provocadas por la ipecacuana, antes de ingerir el tóxico, se realiza terapia condicionada, en tanto que, cuando se

actúa modificando las relaciones entre la conducta y las consecuencias de esta, se realiza terapia instrumental, como ocurre con el alcohólico bajo tratamiento por disulfiram que, luego de beber, en lugar de manifestar euforia y bienestar, siente un intenso malestar determinado por el síndrome acetaldehídico. El esquema ahora sería:

Terapia condicionada		**Terapia instrumental**
A	B	C
Modifica relación conducta-situación--precedente		Modifica relación conducta consecuencia

Se muestran ahora los avances acusados en esta línea teórica conductual, basada en los resultados de la experimentación psicológica y se adelanta que estos son el equivalente en esta corriente teórica, a los ocurridos en el psicoanálisis con las actuales terapias dinámicas.

Principios de la psicoterapia cognitivo conductual

El fundamento teórico de esta orientación psicoterapeuta, es que lo cognitivo es lo primario en muchas manifestaciones psicopatológicas y que a partir de las percepciones, ideas y convicciones derivadas de esta faceta del fenómeno psíquico, se producen el resto de los componentes de muchas problemáticas psiquiátricas. Plantea que el objetivo fundamental del esfuerzo terapéutico debe ser la valoración de los frutos de la cognición y los vínculos entre estos y el resto de las manifestaciones para modificar los aspectos errados y lograr por esa vía un cambio sustancial en la conducta.

Esta modalidad terapéutica desarrollada por Beck utiliza como paradigma conceptual lo que ocurre en la depresión y es, en esta afección, donde sus resultados son más evidentes. Los elementos básicos de su abordaje con esta técnica son la tríada cognitiva de la depresión, los esquemas cognitivos y los pensamientos automáticos.

Tríada cognitiva de la depresión

Esquemas cognitivos y los pensamientos automáticos. Se expresa por una visión distorsionadamente negativa del sujeto, su entorno y su futuro, en una forma que el creador de la técnica parangona con el mirar a través de gafas oscuras, un aspecto esencial es que el paciente tenga conciencia de que sus apreciaciones son producto de sus gafas oscuras (la depresión) y que cuando las retire (mejore su ánimo) se modifican, de modo sustancial, esos criterios fatalistas.

De otra parte, se exploran los esquemas erróneos de auto valoración y alovaloración (aspecto que Albert Ellis considera medular en su terapia emotivo racional, pues consiste en identificar los esquemas referenciales inadecuados incorporados

durante el desarrollo personal y que, en un momento dado, desempeñan una función importante en las génesis de los sufrimientos del paciente).

Entre dichos esquemas están los ejemplos de considerar que uno debe resultar agradable a todo el mundo, o que solo existe una solución correcta para los problemas, o la apreciación de que cualquier falla en el quehacer personal resulta catastrófica, por no ser aceptable ningún error.

Los pensamientos automáticos forman parte de estos esquemas, se derivan de estos y, al mismo tiempo, los alimentan: "Seguramente fulano no me saludó porque le caigo mal" o "ellos deben tener la impresión de que soy un fracasado por no haberme destacado en los estudios". La terapia de Beck incluye, también, recursos conductuales específicos en forma de programas, contratos de contingencias y ensayos de funciones.

Las técnicas de Berne (análisis transaccional) y de Glasser (terapia realista) pueden enmarcarse, junto a la racional emotiva, de Albert Ellis, dentro de esta línea conceptual.

Desarrollo del proceso psicoterapéutico

En general, existen tres etapas fundamentales que se han denominado: análisis conductual, *set* o programa conductual y ensayo o entrenamiento conductual.

Análisis conductual. Consiste en determinar la conducta que se ha de modificar y definir las condiciones en que aparece, así como los factores que pueden explicar su permanencia, implica también la valoración del objetivo de la conducta, en el sentido de, si se gana o se evita algo.

Set o programa conductual. Se refiere al establecimiento del proyecto terapéutico o programa, definiendo el contexto en que se desarrollan, los recursos que se han de utilizar, los pasos sucesivos que se han de dar y las etapas en que se controlan los resultados, así como la frecuencia de sesiones o tareas.

Ensayo conductual. Se denomina así el desarrollo del programa con el consecuente control de las etapas planificadas.

En la modalidad cognitivo conductual de Beck estas etapas se corresponden, aproximadamente, de la forma siguiente:

Análisis conductual. Equivale al diagnóstico cognitivo de la tríada, los esquemas y pensamientos automáticos.

EI *set* conductual. Equivale a la programación de recursos persuasivos, así como métodos conductuales para modificar la conducta (como pedir valoración cotidiana del grado de satisfacción derivado de algunas actividades, programación por horas de actividades, tareas terapéuticas para el hogar y contratos de contingencias).

El ensayo conductual o entrenamiento conductual. Equivale a la ejecución por el paciente y valoración sistemática, por parte del terapeuta, de las tareas asignadas en cada sesión.

Diferentes modalidades de la terapia conductual

Existen tres grandes proyecciones de este método que se fundamentan en los conceptos mencionados, estos son: la terapia condicionada, la terapia instrumental, y la basada en los planteamientos de Mowrer.

Psicoterapia condicionada. Que modifica la relación conducta-situación precedente, puede utilizarse, tanto en el tratamiento de conductas de aversión o fobias, como en el de conductas de acercamiento patológico, cuyo modelo son las adicciones y ciertas desviaciones sexuales. Los recursos más utilizados ante las fobias son:

1. La desensibilización: cuya esencia es el acercamiento progresivo a lo temido. Un paciente con fobia a las gallinas, es orientado a criar pollitos recién nacidos y su relación con estos le permitirá que, durante su crecimiento, se cumpla el principio antes expresado.
2. La inducción o inhibición recíproca: se fundamenta en el efecto competitivo de los estímulos gratos, o la relajación, con la respuesta afectiva de ansiedad o miedo. Así un sujeto con fobia a los aviones es orientado a enfrentar la situación temida mientras lee su libro preferido o se le entrena para hacer ejercicios de relajación durante la experiencia fóbica. Finalmente, existe una técnica que combina la desensibilización con la inhibición recíproca que fue denominada *desensibilización sistemática.*

Su creador fue Wolpe y, en este caso, el paciente utiliza la relajación, y simultáneamente, planifica el enfrentamiento progresivo a la situación temida. En la práctica esto se logra con la creación de una escala de jerarquías de la situación fóbica, donde se comienza por la forma más atenuada en forma imaginaria y se culmina con la determinante de mayor temor. Cuando esta técnica se utiliza in vivo se denomina *exposición gradual*. El paciente durante el tratamiento irá superando paso a paso, los distintos niveles establecidos.

El tratamiento condicionado de las conductas de acercamiento patológicas como adicciones o las desviaciones sexuales.

Se fundamenta en la utilización de reforzamientos aversivos que, en este caso, se aplican, de inmediato, antes de producirse la conducta. Así un alcohólico recibe una descarga eléctrica o sufre las náuseas provocadas por la ipecacuana o a la apomorfina justo antes de beber; y un exhibicionista recibe iguales estímulos aversivos, inmediatamente, antes de que se proyecte una diapositiva de una mujer que deambula por un lugar solitario.

En estas modalidades terapéuticas, la conducta fóbica, adicta o desviada, puede tratarse *haciendo uso de la imaginación, de proyecciones, de escenificaciones dramatizadas o, menos frecuentemente, in vivo, es decir, en la situación real.*

Psicoterapia instrumental. Modifica la relación conducta-consecuencias y puede utilizarse, tanto ante conductas deseables como comer, bañarse o hablar, como ante comportamientos indeseables como la enuresis, tartamudez, o adicción. Así en la primera categoría un paciente en mutismo, luego de pronunciar algunas palabras recibe gratificaciones en forma de cigarros, caramelos o afecto y se habrá

utilizado un reforzamiento positivo de su nueva conducta o, en el caso de un paciente con negación a bañarse, donde como medida correctora se le ha suspendido el pase, recibe cuando expresa la conducta deseada, la suspensión de la sanción como gratificación.

En ambos casos, la utilización de un estímulo positivo, o la suspensión de la sanción actúan como reforzadores de la conducta deseada. Cuando se tratan las conductas indeseables, se aplican estímulos aversivos después de producirse la conducta, como ocurre con el alcohólico que después de beber recibe una descarga eléctrica. También puede ocurrir que el terapeuta aprecie que la conducta indeseable está siendo reforzada, en forma ingenua, por los familiares u otra persona y, entonces, orienta la corrección de dicho trato. Este es el caso del niño que evidencia tendencias hipocondríacas y se descubre que sus padres solo le brindan afecto cuando le aqueja alguna enfermedad o refiere algún síntoma. En este caso, la orientación es que los padres se muestren neutros, ante el síntoma y, sin embargo, se muestren afectuosos en cualquier otra situación.

En la terapia instrumental se utilizan los mismos recursos expuestos en la terapia condicionada con la finalidad de reproducir la conducta tratada, es decir: *la imaginación, las proyecciones, la escenificación o la forma natural*, pero, además se incorpora la técnica de *Token economy o reforzamiento por fichas.* Estas podrán ser canjeadas, por premios y, también, la llamada *técnica de interacción guiada*, en la que el terapeuta orienta cómo se debe reaccionar, por parte de los familiares, ante la conducta patológica. Este es el ejemplo de los padres del niño hipocondríaco, que son orientados acerca del trato adecuado de la conducta del niño.

Psicoterapia fundamentada en los planteamientos de Mowrer. En este caso la esencia está en controlar los mecanismos de evitación utilizados ante la angustia, mediante el enfrentamiento directo a lo temido, o, inclusive, mediante el e*ntrenamiento paradójico o negativo también llamada prescripción del síntoma* donde se le orienta al paciente que repita, de manera voluntaria, las conductas que antes trataba de evitar. Por ejemplo: teóricamente un enfermo con claustrofobia, si fuese encerrado en una habitación, se vería imposibilitado de utilizar conductas de evitación y, por tanto, la fobia llegaría a extinguirse por no ser reforzada por la evitación. Esta técnica llamada i*nundación,* es poco aplicable en la práctica, por lo que se maneja, en forma *imaginaria* y recibe entonces la denominación de *implosión,* y sus efectos son también positivos. En el segundo caso, el ejemplo es el de un paciente con tos psicógena que aprecia que cuando más esfuerzos hace por evitarla, más se manifiesta y es orientado por el terapeuta a toser, voluntariamente, ante el espejo, por un tiempo, que por su prolongación resulte desagradable. En este ejemplo subyacen mecanismos de voluntad contraria que determinan que a mayor esfuerzo, por controlar el síntoma, más intenso se manifiesta, por lo que el tratamiento es, simplemente, invertir la fórmula antes empleada por el enfermo. Este tratamiento ofrece resultados brillantes, pero, solo, cuando expresa el mecanismo descrito de voluntad contraria. En estas modalidades terapéuticas también se podrán usar la imaginación, las proyecciones, la escenificación o la experiencia in vivo.

En un principio se efectuaron estudios sobre la terapia de la conducta donde se reportaban resultados muy superiores a los logrados con otros métodos terapéuticos, pero trabajos posteriores de Shapiro evidenciaron que existían en dichas investigaciones poca consistencia metodológica y que los efectos, muchas veces, eran temporales.

El criterio actual es que la terapia y modificación de conducta es un método útil cuando se utiliza, en casos bien seleccionados, ante manifestaciones bien definidas y en un contexto terapéutico integral. Se debe recordar que, sobre todo en su modalidad avanzada cognitivo conductual, es el método de más frecuente utilización en servicios para pacientes adictos. Los recursos originales, son aún empleados con resultados aceptables en muchos países y no se puede olvidar, que el disulfiram, paradigma del tratamiento instrumental aversivo, se utiliza en muchos países con su proyección aversiva (para determinar condicionamientos de rechazo, mediante las pruebas con alcohol luego de ingerir el fármaco). En Cuba se continúa con este fármaco, la línea disuasiva que consiste en que el paciente una vez que lo ingiere, voluntariamente, se inhibe del consumo por conocer sus riesgosos y muy desagradables resultados.

Lo que no debe olvidarse es que el uso de estas tácticas debe hacerse siempre en un esquema terapéutico integral biopsicosociocultural y espiritual, cuyo requisito fundamental, para alcanzar resultados positivos, es la actitud del terapeuta y las relaciones que el paciente establece con él, con el resto del equipo y con los pacientes con quienes se intercambian vivencias solidarias en los grupos psicoterapéuticos y durante *terapia fundamentada en los planteamientos* del seguimiento en grupos de autoayuda.

Valoración crítica de la psicoterapia conductual

El mecanicismo evidente, en las primeras etapas de desarrollo del método, se atenúa con las proyecciones cognitivo conductuales, aunque como ya se adelanta, si la utilización de estas técnicas se producen fuera del contexto de un tratamiento integral, con énfasis en la relación médico-paciente, en la valoración dinámica y racional de los problemas, y en los recursos reflexivos y didáctico inspirativos, es poco recomendable.

Estudios efectuados, en este medio, evidencian que la sumación de recursos aversivos a un tratamiento psicoterapéutico integral en el marco de una comunidad terapéutica, incrementó el porcentaje de éxitos en el tratamiento (67) (68), pero, no cabe duda, de que su utilización exclusiva ante un paciente, restringiendo la relación de ayuda a estas técnicas, se frustran, en grado superlativo, las aspiraciones de ventilación de conflictos, comprensión, aceptación, afecto y solidaridad presentes en todo reclamador de ayuda psicoterapéutica y magnificadas en los alcohólicos y otros drogadictos.

Estos razonamientos que expresan el consenso internacional en la actualidad, no implican en modo alguno la subvaloración de las técnicas conductuales que se cuentan entre los más valiosos auxiliaras del tratamiento de un toxicómano. En los párrafos que siguen se comenta su utilidad en este campo específico.

Recursos derivados de la psicoterapia conductual

Modificación del medio. Las orientaciones del terapeuta para atenuar o eliminar tensiones ambientales que no requieran cambio de actitudes, como la directiva de no criticar al alcohólico, mientas está embriagado, ejemplifican este recurso que, otras veces, puede utilizarse en situaciones tan concretas como orientar un cambio de puesto de trabajo en un cocainómano, que labora en una discoteca.

Clarificación de patrones inadaptativos. Es el diagnóstico y valoración con el paciente de sus comportamientos más conflictivos en el medio familiar, laboral y social, forma parte del análisis conductual y constituye, generalmente, el punto de partida para la programación terapéutica.

Integración cognitiva. Este es básico en el método emotivo racional de Ellis y se utiliza en todas las modalidades psicoterapéuticas cognitivo conductuales; su esencia es el análisis, concientización y modificación de los esquemas cognitivos y pensamientos automáticos.

Un ejemplo concreto en la atención de un alcohólico es modificar su concepción falsa (esquema cognitivo) de que la abstinencia de alcohol es un comportamiento anormal y se acompaña del pensamiento automático: "si no ingiero licor en una reunión donde otros beben me verán como alguien raro".

Recompensa y sanción. Presentes, con mayor o menor énfasis, en todo tipo de psicoterapia e implícitos en las comunicaciones planificadas con objetivos terapéuticos, asumen en el contexto de la terapia y modificación de conducta una nueva característica y es el conocimiento de sus objetivos y mecanismos por parte del paciente.

Así, un diploma otorgado por 6 meses de abstinencia, es más fácilmente indentificado por el toxicómano que una sonrisa de aprobación del terapeuta, pues sus propósitos son muy objetivos (los efectos son, desde luego, mejores cuando se suman el diploma, la sonrisa y otras manifestación de admiración del terapeuta y los compañeros de grupo).

Condicionamiento negativo (o aversivo) clásico. Para este manual es el producto del establecimiento de un reflejo condicionado con un estímulo desagradable que se aplica antes de la utilización del tóxico (en lenguaje conductual estricto, existe diferencia entre negativo y aversivo).

Cuando un paciente alcohólico se pone en contacto con el tóxico en forma planificada y reiterada, mientras está bajo los efectos de un emetizante, se aplica un recurso aversivo antes de la conducta que se pretende eliminar (la ingestión de alcohol) y sus resultados son el condicionamiento negativo.

Condicionamiento operante o instrumental. Se establece también un reflejo condicionado, pero la terapia, en este caso, es de tipo instrumental, pues el recurso aversión se aplica con posterioridad a la conducta que se ha de eliminar.

Es el caso del estímulo eléctrico doloroso instantes después de la ingestión de alcohol. Según la experiencia, esta técnica resulta menos efectiva que el disulfiram, cuyos efectos son también instrumentales, ya que el síndrome acetaldehídico se instala, necesariamente, luego de la ingestión (69). En la actualidad se prefiere el

uso del disulfiram con objetivos disuasivos; es decir, para apoyar la decisión de abstinencia. Las técnicas de retención del humo del tabaco y la de fumar acelerado para producir el malestar de la embriaguez tabáquica se encuentran en esta categoría de condicionantes operantes *modelaje*, son las técnicas orientadas a que el toxicómano incorpore conductas positivas por imitación. Así, en una escenificación un cocainómano rehabilitado, representa su método para rechazar invitaciones al consumo del tóxico.

Modelaje. Son las técnicas orientadas a que el toxicómano incorpore conductas positivas por imitación. Así, en una escenificación un toxicómano rehabilitado rerpresenta su método para rechazar invitaciones al consumo.

Moldeamiento. En ocasiones se confunde con el modelado (que actúa por mecanismos de imitación ante ejemplos positivos), por razones inherentes a la traducción, implica objetivos y mecanismos sustancialmente diferentes.

En términos estrictamente conductuales se trata de un reforzamiento progresivo para llevar la conducta a una meta propuesta. En el caso de los toxicómanos implica las acciones orientadas a lograr, de modo progresivo, la neutralización de las invitaciones, el alejamiento del grupo de consumidores, el inicio de actividades productivas y el mantenimiento de la abstinencia. Cuando se lleva a técnicas interpersonales más verbales y vivenciales, este recurso se corresponde con lo que determinados autores llaman la proyección Pigmalión en la psicoterapia de un toxicómano, donde el terapeuta refuerza, constantemente, los rasgos del carácter y conductas positivas y enfatiza este aspecto, sobre la discusión de aspectos negativos, persigue así, a largo plazo, que el paciente llegue a comportarse como la imagen que se le insufla. El término viene de la mitología griega pues Pigmalión fue el escultor, que creó una mujer de piedra con las características más concordantes con su apreciación de belleza y fue tanto el amor que sintió por ella que Afrodita la convirtió en verdadera mujer.

Cuánto terreno se avanza al lograr que muchos padres de toxicómanos, abandonen sus comprensibles actitudes críticas y comiencen a destacar las virtudes existentes en sus hijos, más que resaltar los conocidos defectos y desgracias implícitos en la conducta adictiva.

Ensayo de papeles escenificados (juego de roles). Puede manipularse, tanto con propósitos de modelaje de conductas a copiar, como con el objetivo de evidenciar los pocos recursos del toxicómano para decir no a la droga. En un alto porcentaje de adictos, cuando se logra una buena escenificación de las invitaciones reiteradas, terminan por aceptar el supuesto tóxico y esta conducta debe ser valorada en el grupo y posteriormente organizar y ensayar el comportamiento adecuado ante esa frecuente situación que se erige como una de las más peligrosas minas de contacto que conducen a la recaída.

Relajación. La ansiedad está presente, primaria o secundariamente, en todos los toxicómanos y, en muchos casos (asertivos, evasivos y sintomáticos), desempeña un papel importante conductor a la búsqueda del tóxico. Las técnicas de relajación logran, por mecanismos de inducción recíproca, una importante atenuación de este desagradable síntoma. Los métodos de relajación más recomendables son los

de Shultz o Jacobsen y se utilizan siempre al final de los grupos psicoterapéuticos y se recomienda su ejercitación en la casa para lograr, cada vez, mejores resultados.

Inducción recíproca contextual. La esencia es la competencia que las influencias positivas extrapersonales ejercen sobre los focos de excitación o inhibición representados, respectivamente, por la ansiedad y la depresión. La inclusión del paciente en un contexto de características opuestas a las habituales como consecuencia de su consumo, determina cambios sustanciales en su comportamiento. Esto se aprecia, nítidamente, en un toxicómano con *craving*, desesperado por el deseo imperioso de la droga, cuando asume una tarea agradable en un ambiente de solidaridad, comprensión y afecto.

Desensibilización sistemática. Aunque la utilización de este recurso obtiene sus mejores logros en las fobias, sus principios básicos (escala de jerarquía, relajación y enfrentamiento ansiolítico a los escalones sucesivos) pueden diseñarse también para superar el *craving* y la ansiedad social en pacientes retraídos o poco asertivos. Estos ejercicios deben ser diseñados en grupos para establecer las jerarquías y desarrollarse con técnicas imaginativas para hacer factible el tratamiento de los toxicómanos por drogas ilegales.

Implosión. Se ha utilizado poco en toxicómanos, pero una variante de este (la exposición real o simulada a la droga específica en su forma convencional) puede emplearse para discutir en grupo al nivel de ansiedad generado y el control, finalmente, logrado ante la exposición sin reforzamiento.

Detención del pensamiento. La idea fija de la droga, sobre todo cuando se establece en pacientes con rasgos obsesivos, responde, en mayor grado, que el esperable, cuando se logra el entrenamiento adecuado con la imagen verbal ¡Alto! y el conteo de objetos circundantes en el momento de la vivencia.

Contrato de contingencias o interacciones planficadas. Se utiliza, sobre todo, en sesiones de psicoterapia familiar con toxicómanos; aunque sus posibilidades de diseño son muchas, se ejemplifica con un caso en que, progresivamente, se fue ganando terreno para la solución de grandes tensiones entre los padres y un toxicómano.

Se trataba de un paciente con el mecanismo del consumo ostentoso como revancha o venganza ante los padres rechazantes y frustrantes. El primer contrato fue que el paciente suspendería, totalmente, la ingestión del tóxico en presencia de sus padres y estos dejarían de señalarlo como la oveja negra de la familia y como caso perdido.

El control sistemático del cumplimiento de estos acuerdos puede arrojar resultados insospechados, siempre que se haya logrado una buena relación profesional con el adicto y su familia.

Token economy (sistema de gratificación por fichas). Cuando Staats ideó estimular el entrenamiento de un niño disléxico con la información de que, al concluir la tarea asignada, recibiría como recompensa uno de los juguetes que más llamó su atención, creó en forma espontánea un método que puede utilizarse, tanto para el control de algunos síntomas y conductas indeseables, como para motivar al paciente a participar en diferentes actividades terapéuticas como grupos psicoterapéuticos, recreativos, deportivos o laborales.

La técnica más sofisticada implica el establecimiento de un listado de méritos que se han de otorgar, por diferentes tipos de conducta y esos méritos o premios que se hacen concretos mediante fichas plásticas, se convierten en una moneda institucional para adquirir diferentes artículos en una tienda creada al efecto.

En este medio y, en especial, en la comunidad terapéutica para alcohólicos y otros toxicómanos, se utiliza una variante donde los méritos por conductas positivas, se acumulan en una tarjeta personal intransferible y son representados por la impresión de un gomígrafo o la firma del terapeuta ocupacional y el premio final es el pase de fin de semana.

Este método ha contribuido, de manera favorable, a la disciplina, así como a la participación en las labores comunitarias y en los grupos psicoterapéuticos. En Cuba solo se utilizan los reforzadores positivos y no se han tenido que incluir sanciones que se expresarían por reducción de méritos (69).

La experiencia con los toxicómanos, es que cuando se establece un número fijo de méritos para el pase, la motivación cae una vez alcanzada la cantidad establecida. Para resolver esta situación se crean 4 pases especiales (regreso el lunes en la mañana en lugar del domingo en la tarde) y estos pases se otorgan a los cuatro pacientes con más méritos acumulados, pero, junto a estos, se sortean oíros 4 pases entre los 15 pacientes con mayor número de méritos que les siguen en orden.

El método de gratificación por fichas o tarjetas, se diferencia del reforzamiento positivo convencional (que consiste en dar al paciente cigarros, golosinas u otros premios, de inmediato, que ejecute la conducta deseada), pues en este caso, *existen mecanismos intermedios* que implican el interés del paciente por aumentar sus méritos, así como el reforzamiento colectivo final.

Otra variante de este método es la carta de estrellas utilizada con los niños enuréticos, en los que cada noche sin mojar la cama, se señala con estrellas cuya acumulación permitirá obtener un premio por etapas. El t*oken economy*, a diferencia del reforzamiento inmediato, tiene ya un matiz cognitivo conductual.

Juramento. Este recurso, tomado de alcohólicos anónimos (AA) consiste en lograr que el toxicómano repita cada 24 h un juramento que se realiza en el matutino diario, durante su ingreso y que, en las fases ambulatorias, debe leer, diariamente, en una agenda especial en que inscribirá cada día, la fecha, hora y firma de la reactivación del compromiso. El texto que puede diseñarse para cada paciente, tiene en este servicio la siguiente redacción para el juramento colectivo.

"Juro por la vida de mis seres más queridos, que rechazaré durante 24 h el consumo de los tóxicos que me esclavizan y evitaré conversaciones y reuniones tentadoras sobre los mismos. Tendré siempre presente que el placer artificial que me producen, se transforma en notable sufrimiento para los que me quieren y obstáculo para mis metas en la vida".

"Muy grande es el sufrimiento de mis padres, que cuando me trajeron al mundo, tuvieron para mí aspiraciones diferentes a que me convirtiera en un toxicómano. También yo tengo otros planes y sufro por mi adicción. Por mis seres más queridos y por mí, debo rehabilitarme".

El juramento es un recurso cognitivo conductual y su repetición cotidiana persigue no solo reactivar el compromiso moral, sino también profundizar, cognitivamente, en la tragedia implícita en las toxicomanías.

Control cubierto. Rafael Navarro, en su magnífico libro *Cocaína* (70) destaca la utilidad de este recurso en el que se persigue la concientización simultánea de los efectos nocivos de las drogas y de los efectos positivos de la abstinencia y para eso se le pide transcriba, al menos, cinco argumentos de cada categoría que serán leídos varias veces al día (sobre todo antes de realizar actividades gratificantes) y reforzadas en los grupos. En la experiencia de este profesor peruano, los argumentos que sus pacientes plantean contra el consumo son: enfermedad, persecución policial, pérdida de trabajo y estudio, cárcel y pérdida de familiares y amigos, en tanto que como ventajas de la abstinencia: señalan: salud corporal, conseguir trabajo, continuar estudios, iniciar nuevas amistades, ser aceptado por familiares y amigos.

Sensibilización cubierta. Precurso pretende que los pensamientos positivos hacia los tóxicos, sean neutralizados mediante la asociación con situaciones aversivas. En este servicio se entrena la asociación de la imagen del consumo con la de la madre o un hijo llorando o situaciones similares de relevancia afectiva.

Respuestas cubiertas por substitución. Es el entrenamiento en respuestas alternativas cuando surge la tentación, como llamar a amigos sanos, hacer ejercicios de relajación, o visitar familiares.

Modelo clásico de terapia aversiva condicionada emetizante

Para concluir este acápite y ante la posibilidad de que se presente algún paciente con experiencias previas que califique como muy positivas con los emetizantes, se describe, en forma sintética, el *modus operandi* de este tratamiento, tal como se utilizó décadas atrás (71).

Se utiliza como paradigma un antiguo emetizante oral, pero este recurso puede ser sustituido por otros como la emetina, la apomorfina o similares.

Diariamente, en ayunas, el paciente ingiere 2 mL de extracto fluido de ipecacuana disueltos en 50 mL de agua. Entre 10 y 20 min. Después se instalan las náuseas y, cuando estas son bien evidentes, se orienta al paciente la olfacción de la bebida alcohólica, que con más frecuencia consumía y presentada en la forma habitual de ingestión, con la excepción de que ahora el contexto es el de un grupo donde los pacientes sentados en forma circular tienen delante recipientes para colectar los vómitos, cuando estos se presenten. La olfacción durante 10 s debe repetirse 2 veces por minuto hasta 10 veces en cada sesión matutina y después, al presentarse el primer vómito, se orienta la ingestión de la bebida utilizada. El contexto estructurado por otros pacientes vomitando y por el olor del contenido gástrico es también, planificadamente, aversivo.

Las sesiones se realizan durante 15 días. Después se hacen reforzamientos semanales por 2 meses y a partir de entonces reforzamientos mensuales.

Como experiencia del servicio, la baja concurrencia de seguimiento determinó que en muchos alcohólicos se indicara, luego del alta, disulfiram 500 mg en la mañana, pero con fines disuasivos para apoyar la decisión de abstinencia como recurso auxiliar en el seguimiento.

En el caso de consumidores de marihuana se utilizan técnicas de simulación con cigarrillos y en otros tóxicos, la imaginación.

Métodos basados en la expresión, comprensión e intercambio vivencial

Antededentes. Pese a sus ancestrales raíces, si se tiene en cuenta la expresión de muchos de sus principios, en países con tradiciones milenarias y su vinculación a concepciones filosóficas idealistas subjetivas, de aparición temprana en los esfuerzos del ser humano por comprender la realidad que le circunda y los modos de afrontamiento más efectivos cuando esta es adversa, se decide desarrollar determinados aspectos históricos al abordar las principales subcategorías de estos métodos por las especificidades de su desarrollo histórico y destacar, por ahora, que la mayor difusión mundial de estos métodos se inició en la década de los cincuenta en el pasado siglo.

Se coincide, plenamente, con el profesor Guillermo Vidal (72) quien destacó que en su búsqueda de nuevos métodos de ayuda psicológica, los antecesores apreciaron que: "Además de las terapias anteriores que eran preferentemente racionalistas y analíticas, era necesario desarrollar otras con trasfondo afectivo vivencial pues sus adeptos consideraban *que* lo afectivo es lo efectivo y que el hombre *antes que pensante es un ser* sintiente".

En esta categoría se incluyen disímiles modalidades psicoterapéuticas, cuyas características más comunes son la postura antitécnica, el énfasis vivencial, y la significación de las actitudes, virtudes y experiencia del terapeuta.

Principios

La complejidad de estos métodos se deriva, en esencia, de sus raíces filosófica idealistas-subjetivas, todavía más alejadas del marxismo leninismo que las idealistas objetivas y, por otra parte, debido a incluir tres orientaciones psicoterapéuticas, con notables diferencias operativas pese al *substratum* filosófico común.

Se desarrollan estos métodos, en forma asequible, para los residentes y alumnos de psiquiatría y psicología, tecnólogos y técnicos, así como para especialistas jóvenes y consejeros interesados en la temática.

La motivación básica para este intento es que, pese a los aspectos señalados, incluye recursos muy valiosos para quien planifica el qué y cómo hacer en psicoterapia, priorizando las necesidades del enfermo, sobre sus concepciones filosóficas y teóricas.

Aunque después se retoma el tema con mayor profundidad se propone al lector reflexionar sobre estos principios de carácter introductorio.

Biswanger sentenció: "la existencia es la esencia del ser humano" y Heidelberg destacó: "la existencia se manifiesta mediante su forma de estar en el mundo".

Esta forma de estar en el mundo se matiza, dramáticamente, por el enfoque de que "hemos sido arrojados al mundo, para morir" .

Leibnitz consideró que el ser humano nace con un germen para el desarrollo espontáneo de sus potencialidades integrales y que estas son coactadas por las normas sociales transmitidas en el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

La clave de la felicidad y la cristalización total del desarrollo personal es lograr la libertad existencial y esta se relaciona con el manejo de la angustia existencial primaria, cuya comprensión trasciende lo cognitivo afectivo y requiere la trascendencia cósmica que supera la separación o hendidura (*split*) entre psiquis y soma, así como entre sujeto y cosmo.

El mundo (cuerpo, objetos y fenómenos del medio, fenómeno psíquico del sujeto y de otros), se conoce gracias a las funciones cognitivas y la introspección que integran el *comprender impropio*, mientras que, *el conocimiento del supramundo*, requiere el borramiento de los límites entre el *yo* y el cosmos (en otras palabras, la trascendencia cósmica), que solo es posible al profundizar en la intimidad y superar la angustia existencial (derivada del nacer para morir) mediante la libertad implícita en la creación imaginaria de un mundo diferente que posibilite un estado cercano al nirvana.

Lejos de ajustarse a exigencias tácticas y recursos específicos, la herramienta básica es la personalidad del terapeuta que mediante su interacción con el paciente logra la ósmosis bienhechora derivada de la exploración, expresión, comprensión e intercambio vivencial, en el contexto temporal de aquí y ahora, por considerarse el pasado como muy poco relevante y enfatizarse el presente y futuro. El medio es, de modo notable, subvalorado y considerado, básicamente, en su carácter de coartador de las potencialidades del paciente.

Estos principios se expresan, con mayor o menor nitidez, según se trate de una u otra de las tres subcategorías fundamentales en estos métodos psicoterapéuticos que se perfilan según la forma en que se pretende modificar la forma errada de "estar en el mundo":

1. Mediante la incorporación de una nueva visión de la vida, de los factores coactivos y de sus objetivos o metas y manera de alcanzarlos (es en esta subcategoría en la que se expresa con mayor relevancia la ósmosis bienhechora y los principios filosóficos medulares y por eso se le llama *variedad filosófica de las terapias existencialistas*).
2. La que persigue que el paciente elimine las consecuencias de las frustraciones implícitas en la coacción de sus potencialidades que se denomina variante abreativa o somatosensorial.
3. La que tiene como propósito básico la creación de un mundo imaginario libre de coacciones y tensiones denominada variante meditativa.

El sujeto, *al analizar sus vivencias, profundiza en el conocimiento de su verdad, desarrolla sus potencialidades creadoras en absoluta libertad, y encuentra sus metas, responsabilidades y realidades.*

En estos métodos psicoterapéuticos, el objetivo no es hacer desaparecer síntomas, sino crear valores positivos. La relación médico-paciente es un encuentro adulto-adulto donde ambos participantes valoran su estar en el mundo, y se crea una ósmosis bienhechora en la que más que técnicas, el terapeuta aplica su propia personalidad.

En este encuentro, con carácter de aquí y ahora, la valoración de experiencias inmediatas en forma de sensaciones, emociones y expresiones momentáneas originan, según sus propugnadores, el desarrollo de la personalidad.

La sabiduría y ascendencia del terapeuta facilitan, mediante el intercambio vivencial, la inspiración y la exteriorización de intereses, recursos básicos del método. Las diferencias entre esta proyección psicoterapéutica y el psicoanálisis se expresan en forma muy diáfana en lo relativo a los objetivos perseguidos, la orientación al *aquí* y *ahora*, al tipo de comunicación, así como a la actividad de quien ofrece la ayuda.

Antes de continuar, se propone, como reflexión de propósitos conceptuales, se valore en el contexto de los principios y variantes operativas expuestos hasta ahora, la evolución profesional de quien se considera como uno de los más brillantes psicoterapeutas en la historia de las ciencias *psi*, el psicólogo norteamericano Carl Rogers, creador de la psicoterapia de las relaciones, denominada, también, psicoterapia centrada en el cliente o psicoterapia no directiva.

Comenzó su misión social como psicoanalista, tuvo importantes influencias filosóficas asiáticas, destacó la trascendencia de la actitud genuina, congruente y no enjuiciadora del terapeuta, enfatizó el efecto terapéutico de la relación profesional no enjuiciadora, capaz de una escucha respetuosa y en la que el paciente funcionaba con un nivel de igualdad con el terapeuta, así como en plena libertad para expresar y autoconsiderar sus vivencias, seguía un curso espontáneo a la superación de sus problemas. Unas décadas después de difundir sus valiosos criterios, expresó en un congreso internacional que cada vez se convencía más de que sus proyecciones tenían importantes matices existenciales y años después se hizo monje budista.

¿Tiene ya el lector que se inicia en esta temática, elementos para identificar como se expresaron en la práctica de Rogers los principios señalados?

¿Puede desde ahora identificar elementos comunes de estos principios con algunos aspectos de la llamada cultura *hippy*?

¿Reconocen que en esta relación de igual a igual, en la que el terapeuta asume una posición de observador participante está la raíz de los brillantes aportes de don Pedro Laín Entralgo al destacar sus fases coejecutiva, compasiva y cognoscitiva de las relaciones interpersonales y requisitos esenciales para lograr relaciones profesionales exitosas? ¿qué puede haber de común entre la actitud terapéutica propugnada por esta corriente teórica y la conmovedora revelación del personaje discapacitado interpretado por Antony Quin, en un paradigmático

oeste norteamericano cuando le expresó a su amigo del alma, personificado por Henry Fonda, cuánto significó para él, que fuera el único ser humano conocido, que cuando lo miraba, no veía un tullido? "Este es en nuestra apreciación uno de los grandes misterios del efecto psicoterapéutico en la rehabilitación de pacientes *alcohólicos y otros drogadictos*. El aceptarlos como seres humanos llenos de potencialidades y dejar de verlos como ovejas negras sin remedio alguno".

Y una reflexión final: ¿Recuerda el sentir del Apóstol "Quiero que la ley primera de nuestra república sea el respeto absoluto a la dignidad plena del hombre". Esta aspiración, a la que dedicó su ejemplar vida, surgió de su profundo humanismo, virtud cuya más sintética definición es "el respeto por el ser humano y la constante preocupación por su bienestar y desarrollo".

Es expectativa, al reflexionar sobre esta corriente teórica de la psicoterapia, aportar al lector novel, criterios científicos para valorar si es correcta o no su denominación como "psicoterapia existencial humanística" y para identificar cuál de las tres subcategorías operativas deviene paradigma de esta.

Modalidades psicoterapéuticas

Modelo filosófico. El surgimiento de la filosofía existencial se debe a Soren Kiekergaard (1813-1855), filósofo danés que la creó a partir de su propia vida y a principios del siglo xx, Martin Heidegger, filósofo alemán, destacó la significación de las diferentes maneras de estar en el mundo.

Los aportes de ambos pensadores fueron las principales raíces del cuerpo teórico de la filosofía existencial. Posteriormente Leibnitz aportó el concepto del desarrollo espontáneo de las potencialidades, ante la ausencia de influencias coactivas en el medio y Kant le imprimió los matice humanísticos, reforzados, con posterioridad, durante la praxis asistencial de psiquiatras, psicólogos y otros miembros del equipo de salud.

El existencialismo como corriente filosófica idealista subjetiva plantea que: "el hombre es solo hombre en tanto está en la conciencia de otros hombres y que tiene la libertad de hacerse su mundo", un mundo diferente, pues parte de la subjetividad trascendente y la libertad existencial.

De la misma manera que la filosofía marxista-leninista cuenta con un tema de exploración que son las leyes más generales de la naturaleza, el pensamiento y la sociedad; un cuerpo teórico representado por el materialismo histórico, el comunismo científico, la ética, la estética y la teoría del conocimiento; y un método exploratorio que es el materialismo dialéctico. El tema principal de investigación en esta filosofía es la existencia, concebida como actualidad y libertad capaz de desarrollar las potencialidades del hombre. Tiene un cuerpo teórico representado por las obras de sus precursores y cuenta, igualmente, con un método exploratorio que fue aportado por el filósofo Husserl, a fines del pasado siglo, con su fenomenología, posteriormente introducida a la psiquiatría por Carl Jaspers, y por Diltley a la psicología.

La esencia de este método es el observador participante capaz de "ponerse en el lugar del enfermo", sentir como él y disponerse al intercambio vivencial que facilite la ósmosis bienhechora.

Cuando estos principios existenciales y fenomenológicos fueron incorporados a la psiquiatría, aparecieron nuevos intentos de conocer al enfermo psíquico analizando sus modalidades existenciales o formas de "estar en el mundo", mediante la utilización del método fenomenológico.

De igual forma, cuando estos principios filosóficos son aplicados a la psicoterapia, aparecen las corrientes psicoterapéuticos de corte existencial, cuya base teórica es la exploración, expresión, comprensión e intercambio vivencial o experiencial, durante una relación en la que el terapeuta abandona su anterior posición *one up* para asumir la de persona a persona adulta con propósitos osmóticos y movido, en esencia, por su vocación profesional de servicio denominada, en forma genérica, como vocación médica.

La influencia kantiana aporta la denominación de psicoterapias humanistas.

La sabiduría y ascendencia del terapeuta son las más valiosas herramientas para facilitar la guía inspirativa basada en la psicología profunda y en la exteriorización de intereses y los principales exponentes de esta subcategoría filosófica son:

1. Psicoanálisis existencial, de J.P. Sastre.
2. Dasein análisis de L. Biswanger: este autor fue quien destacó la ósmosis bienhechora producto del intercambio de experiencias con un terapeuta vivencialmente maduro, durante el diálogo con proyección de aquí y ahora.
3. Logoterapia de Victor Frankl: médico vienés, que la crea por los años 50 del pasado siglo, a partir de considerar que el *vacío existencial* es el resultado de la inhabilidad del paciente para encontrar significado a su vida. Es en el diálogo osmótico, común a todas estas variantes, que se encuentran las metas y responsabilidades del paciente. Esta es una típica terapia inspirativa orientada a la exteriorización de intereses. Es bueno destacar que cuando se incluyen aspectos místico-religiosos en esta variante se habla de la psicagogia creada por Kronfeldt en los cuarenta del pasado siglo xx.
4. La psicoterapia centrada al cliente, de Carl Rogers: en esta se expresa, paradigmáticamente, la influencia de Leibnitz, que considera la mente como dotada de un germen propio, de manera potencial, activo que conduce a la maduración del sujeto cuando se superan las restricciones sociales que actúan como obstáculo.

El objetivo final de estas cuatro variantes, es alcanzar, mediante el diálogo interactuante, la identificación de metas y la decisión que logra el desarrollo total de la responsabilidad que debe nacer, justamente, de la libertad absoluta.

Como ya se afirmó, Carl Rogers, psicólogo de la Universidad estatal de Ohio, creó a mediados del siglo pasado este método que considera como lo más trascendente en el tratamiento la actitud de genuinidad, comprensión, aceptación y disponibilidad afectiva del prestador de ayuda y que cuando se produce la relación no enjuiciadora con un paciente, este logra el desarrollo de sus potencialidades, anteriormente, coactadas.

Modelo abreativo o de liberación emocional. Persigue la integración del sí mismo mediante la dramatización y la focalización voluntaria de la atención en estímulos y sensaciones corporales y de intenso contenido abreativo, características que justifican su otra denominación de psicoterapias psicosomatosensorias.

Sus prototipos son:

1. El psicodrama de Moreno: de relevante utilización, actualmente, con las técnicas del doble; la inversión de roles; el soliloquio; el espejo y la representación, así como la escenificación de situaciones claves en la vida de los pacientes.
2. Terapia primaria o terapia del lamento o grito original: creada por Arthur Janov, psicólogo norteamericano a mediados del pasado siglo que tomó como punto de partida una experiencia asistencial en la que un paciente, después de expresar con llanto y notable componente corporal, sus frustraciones en la relación con los padres, refirió sentirse muy mejorado. Había superado, según el autor, el *split* o separación entre la conciencia y los sentimientos.

   Su terapia, que estimula la manifestación de sentimientos reprimidos, se fundamenta en estimular dicha expresión, sobre todo en actividades de grupo, luego de que el paciente redacte una autobiografía, tras mantenerse durante más de 48 h en total aislamiento del medio familiar y social por la vía del aislamiento en la habitación de un hotel
3. Terapia de la Gestalt: creada por Frits Perls, un emigrante europeo con residencia en los EE.UU., enfatiza la expresión sensorial y física de los deseos reprimidos, y su fundamento teórico está en que de la misma manera que la imposibilidad de reconocer por las vías sensoriales que el estómago está vacío, conduciría a la muerte por inanición, el no reconocimiento de la hostilidad conduciría a la psicopatología.

Su técnica, aplicada, preferentemente en grupos, facilita en forma dramatizada la expresión de hostilidad.

Modelo meditativo o transpersonal. Se fundamentan en estados de conciencia alterados donde se pretende resolver la separación o hendidura (*split)* entre el sujeto y el cosmos. Con el se persigue en algún grado la creación de un mundo existencial imaginario. Sus exponentes básicos son:

1. Meditación trascendente: esta variante se fundamenta en el planteamiento de que el establecimiento, mediante métodos concentrativos, de un estado de conciencia hipnoide, donde se desdibujen los límites del *yo*, permite la experiencia de trascendencia cósmica, en la que el sujeto se funde con el universo *y alcanza así el fondo irracional y creador del alma humana*. Con diferentes principios y nomenclatura, el entrenamiento *yoga y el budismo Zen.* Se relaciona estrechamente con este modelo.

   Se resalta que, gracias a la resonancia magnética funcional, Hoppes hizo evidente que la meditación trascendente es capaz de aumentar las dimensiones del hipocampo, región encefálica de alta relevancia en la memoria operativa y estrechamente interconectada con la amígdala temporal, el núcleo *accumbens* y el *septum* lúcido, estructuras integrantes del circuito de las gratificaciones (73) (74). Este hallazgo que apunta hacia efectos neurogénicos (al menos al

nivel de interconexiones dendríticas) hace muy objetiva la interacción psiconeurobiológica y explica infinidad de fenómenos psiconeurológico-inmunohipofisario-corticogonadal *otrora rechazados por muchos científicos escépticos*. La citación de dicho hallazgo, en este libro, hace evidente la utilidad de incluir alguna de estas variantes terapéuticas en el esquema terapéutico integral de alcohólicos y otros adictos.

2. Psicoterapia de Carl Happich: su técnica es sugerir, mediante la concentración hipnoide, las imágenes sucesivas de una pradera, una montaña a la salida de un bosque y, finalmente, una capilla (apréciese aquí un cierto matiz psicagógico que aumenta su efectividad en personas religiosas.
3. Psicoterapia de Friederich Maíz: su planteamiento es que en el hombre hay un fondo infantil capaz de reverdecer el alma. La técnica es inducir la evocación, en estado hipnoide, de experiencias infantiles significativas y, posteriormente, las discute en forma individual o colectiva.
4. Ensoñación vigil de Desoille: la técnica específica es la presentación hipnoide de escenas, aventuras u objetos. Operativamente se le pide al paciente, en estado hipnoide, desplazarse hacia una estrella por un rayo de luz o descender al fondo del mar.
5. Entrenamiento autógeno de Shultz, en fase superior: una vez que se superan los ejercicios básicos, que se incluyen entre las terapias autosugestivas, derivadas del efecto de la palabra, el entrenamiento de Shultz conduce a ejercicios de meditación de proyecciones similares a las descritas en estas variantes transpersonales, por lo que el nivel superior de su método cae, en este criterio, en esta categoría, persiguen en esencia la fusión hombre cosmos.

La denominación genérica de psicoterapias transpersonales se refiere a tácticas que van más allá del tradicional paradigma interpersonal.

Antes de concluir esta visión panorámica de las psicoterapias existenciales humanísticas y, sobre todo, en lo relativo a la relación equilibrada de ser humano a ser humano, del sincero intercambio vivencial (ósmosis bienhechora) y del respeto absoluto a la individualidad e intimidad de los pacientes, así como de la constante preocupación por su bienestar y desarrollo se destaca que pese a las sustanciales diferencias filosóficas de las corrientes existenciales: "con nuestra visión del mundo muchos de nosotros en forma consciente o inconsciente utilizamos a diario y con magníficos resultados, algunos principios y recursos procedentes de esta línea teórica".

En lo particular, se conoce que cuando se utiliza determinada vivencia personal superada como recurso para transmitir, individual o colectivamente, a los pacientes nuevos recursos de afrontamiento, cuando se les estrechan las manos y se les pronuncian los nombres de todos los pacientes como norma inviolable en los matutinos del servicio y, sobre todo, cuando se les mira y se observa en ellos personas de calidad y no *árboles torcidos* sin posibilidades rehabilitatorias, "nos acercamos a los pacientes, así como cuando les clarificamos sus muchas metas pendientes y los

estimulamos a recordarlas y conquistarlas sabemos que estamos siendo influidos por esta corriente teórica de la psicoterapia y parangonando un lema popular de mucho impacto en nuestro país diría que, si estas *cosas* que hacemos en psicoterapia son *cosas* de rogerianos, biswangerianos o franklianos, que nos pongan en la lista que estamos de acuerdo con ellos".

Esta proyección asistencial responde a las recomendaciones de Honorio Delgado a no asumir posiciones dogmáticas, ni sectarias, al seleccionar los recursos para ayudar a los enfermos y esta reflexión del inolvidable maestro de la psiquiatría peruana se considera como profundamente marxista-leninista.

Otro misterio de la psicoterapia de adictos es develado cuando el terapeuta reconoce a partir de su experiencia, que no depende de su arbitrio utilizar los recursos procedentes de un método u otro, sino del paciente que los demanda según sus necesidades humanas.

Resumen histórico y conceptual

El siglo XIX fue el contexto temporal en que el existencialismo en busca del conocimiento de la existencia, convergió con el esencialismo orientado a captar la esencia de los objetos y fenómenos.

La primera corriente fue creada por el filósofo danés Soren Kiekergard a punto de partida de sus propias vivencias biográficas y recibió los aportes del también filósofo alemán Martín Heidegger, quien enfatizó la valoración del "estar en el mundo".

El esencialismo tuvo por su parte como principal representante a Edmund Husserl creador de la fenomenología.

La síntesis genial de Biswanger con su planteamiento de que la existencia era la esencia del hombre, posibilitó que al cuerpo teórico del existencialismo se uniera la fenomenología como método exploratorio de la existencia y de las diversas modalidades de estar en el mundo.

Otros dos científicos alemanes Carl Jaspers y Guillermo Diltlhey posibilitaron la introducción y aplicación de la fenomenología en los campos de la psicopatología y la psicología, respectivamente, y don Pedro Laín Entralgo, el brillante médico, filósofo e historiador de la medicina, enfatizó la significación del profesional en el rol de observador participante, capaz de ubicarse en el lugar del paciente (fase coejecutiva) sentir en algún grado como el o ella (fase compasiva) y disponerse incondicionalmente a la relación de ayuda (fase cognoscitiva).

El existencialismo (idealismo subjetivo) se vinculó con el esencialismo (idealismo objetivo) y su método de estudio fenomenológico (idealista objetivo) para cristalizar, respectivamente, como cuerpo teórico y método para la exploración, comprensión, exteriorización e intercambio vivencial, como aporte a los interminables esfuerzos por conocer al ser humano en su interacción con el medio y en la profundidad de la subjetividad.

Las dos premisas básicas de la filosofía existencial son:

1. El hombre es solo hombre en tanto esté en libertad de hacerse su mundo diferente al que lo rodea, mediante la subjetividad trascendente al superar el *split* (separación hombre cosmos).
2. El conocimiento verdadero de la existencia (comprender propio) no es factible mediante la inteligencia (funciones cognitivas e introspección que son instrumentos del comprender impropio), sino gracias a la angustia, producto de vivir la realidad que lo hace reconocer su posición en el mundo donde ha sido arrojado, proyectado hacia la muerte.

Valoración crítica

En esta corriente teórica se aprecian proyecciones, muy diferentes, a las expresadas en los métodos psicoterapéuticos convencionales que le precedieron, históricamente, y que se han descrito en orden cronológico en los acápites anteriores.

Como puede evidenciarse, abarca un amplio espectro de técnicas que implican desde una intensa comunicación interpersonal hasta otra que profundiza en la subjetividad hipnoide con objetivos que trascienden el marco interpersonal y de ahí su nombre de transpersonales.

Las herramientas de trabajo básicas son la propia personalidad del terapeuta, sus virtudes y su capacidad como fuente inspirativa para lograr la exteriorización de intereses y la identificación de metas existenciales.

Su basamento filosófico es idealista subjetivo y enfatiza el desarrollo de los aspectos sanos de la personalidad sobre el objetivo de eliminar síntomas.

Se piensa que en la modalidad filosófica la relación profesional alcanza un profundo carácter humanista y que muchos de sus recursos son extraordinarios efectivos para alcanzar los objetivos psicoterapéuticos.

Recursos

Entre los recursos derivados de la psicoterapia basada en la comprensión, expresión e intercambio vivencial se consideran más relevantes.

Intercambio de experiencias. Este (evitado, generalmente, en otras corrientes conceptuales que prefieren mantener al terapeuta en su rol profesional), se erige como factor esencial en las psicoterapias existenciales humanísticas, sobre todo en su variante filosófica. Este es el mecanismo básico de la ósmosis bienhechora en la comunicación ser humano-ser humano, en que la herramienta principal es la propia personalidad del terapeuta sus virtudes y sus potencialidades inspirativas. Este recurso sobresale también en las interacciones grupales.

Exteriorización de intereses. Aunque fue descrito dentro de los recursos básicos de la psicoterapia sustentada en el efecto de la palabra, aquí el recurso se tiñe de un especial matiz inspirativo que lo acerca a la exhortación, en la que los aspectos afectivos llegan a desempeñar mayor papel que los cognitivos.

Guía de acción. En este caso caben iguales comentarios que en el recurso anterior con respecto a los componentes afectivo-inspirativos derivados de la influencia osmótica del terapeuta.

Inspiración. Según la experiencia, la transmisión de nuevos enfoques optimistas por parte del terapeuta, trasciende con mucho en este método, al efecto asertivo (de apoyo) y se convierte en modificador de actitudes básicas, siempre que antes de su utilización se haya logrado el profundo vínculo interpersonal derivado de la interacción osmótica bienhechora. La inspiración y la exhortación son recursos básicos en las prédicas religiosas que, muchas veces, logran efectos incalculables en el receptor, siempre que exista el nivel adecuado de fe.

Debe recordarse que, en mayor o menor grado, el buen terapeuta debe lograr el "renacer de la esperanza", considerado como un elemento esencial entre los efectos placebo de la relación de ayuda profesional descritos por Shapiro y Frank.

Exploración y definición de metas en la vida. Paradigmático de la logoterapia y su objetivo es mucho más ambicioso e integral que la exteriorización de intereses y actúa, en forma primaria, sobre los niveles psicológico, social, cultural y espiritual del ser humano y repercute, sobre el nivel biológico, gracias a las derivaciones por el eje psiconeurológico-inmunohipofisario-corticogonadal ya mencionado.

Los grupos didácticos, reflexivos, inspirativos, son, según apreciación, el complemento idóneo de la persuasión, ya que resultan complemento obligado de los orientados al debate con objetivos retrospectivos, racionales, dinámicos o de apoyo, son de extraordinario valor en diferentes afecciones.

Lecturas inspirativas. La recomendación de lecturas planificadas por el terapeuta, según la situación individual del paciente, es, en definitiva, un medio de lograr muchos de los efectos hasta ahora descritos en esta modalidad terapéutica, en especial, la inspiración, ya que por su carácter de ser recomendadas por el profesional, se tiñen, afectivamente, al simbolizar una prolongación de la relación con este. El recurso bibliográfico puede ser utilizado tanto, en forma individual, como en grupos organizados como taller en que se discute su contenido luego de la lectura colectiva.

Dramatización. Recurso básico aportado por Moreno. A su carácter de exteriorización espontánea de actitudes, se suma el contexto valorativo, representado por el resto de los participantes en el grupo y la posibilidad de aportar conductas positivas alternativas como modelo a imitar, una vez concientizada las que resultaban inadaptativas.

Existen diferentes tácticas aplicables en el marco de la dramatización, entre las que se mencionan: el doble, donde un *yo auxiliar* agrega, con fines de clarificación o de *insight*, aspectos que el paciente, consciente o inconscientemente, omite. La inversión de roles, de extraordinario valor para hacer comprender al paciente las actitudes de los demás; el soliloquio, en el que en forma similar a lo que ocurre en un Brain Stormy, el paciente verbaliza sus limitaciones racionales, lo que está pensando, el espejo, cuando un *yo auxiliar* imita, en una forma que caricaturiza, los aspectos más relevantes de la conducta conflictiva del paciente; y, finalmente, la autopresentación, en la que se deben representar las actitudes de sus familiares

o personas significativas. El más socorrido uso de las escenificaciones en los servicios de adicciones se orienta a modelar la forma correcta d afrontar las invitaciones, aspecto que, a veces, se subvalora pese a constituir uno de los más peligrosos talones de Aquiles de los pacientes cuando alcanzan la fase de prevención de recaídas en el esquema de Prochaska, Di clemente y Norcross.

Cine debate y video debate. Además de los mecanismos importantes de raigambre dinámica, descritos por el profesor cubano Acosta Nodal, creador de la técnica (75), se destacan, en especial, los que se incluyen en el contexto de la corriente vivencial y son, justamente, los comentados en la dramatización que implica los componentes tele o comunicación a distancia por emisión y recepción propioceptiva derivada de la actuación.

Persiguiendo objetivos menos ambiciosos, pero también de alto valor, en muchas telenovelas y películas comerciales se están incluyendo dramatizaciones planificadamente orientadas con muy buen juicio, a objetivos de ayuda psicológica relacionada con la salud.

Meditación. El fin que persigue es la introspección en estado hipnoide y puede utilizarse a continuación de ejercicios de relajación.

Fantasía dirigida. De igual manera que Freud consideró la asociación libre y la interpretación de sueños como vías regias al inconsciente, los terapeutas vivenciales consideran la fantasía dirigida como la vía fundamental al desarrollo de las potencialidades del paciente.

Abreación inducida. Este recurso es el fundamental en las técnicas de Janov y Perls, y consiste en la exteriorización de emociones que fueron suprimidas por resultar conflictivas.

Ensayos asertivos. Aunque pueden ser incluidos como variantes de la dramatización, se prefiere enfatizar su significado para reforzar la seguridad personal y actitudes de enfrentamiento a situaciones temidas.

Orientación paradojal. Este recurso, aportado por Frankl en su logoterapia, tiene su indicación principal cuando en el mecanismo de producción del síntoma o conducta desempeña un papel el estado ultraparadojal del sistema nervioso. Con frecuencia se emplea en obsesivos, en ciertas personas con personalidad histriónica y, determinados pacientes orgánicos, en quienes la intención de suprimir una conducta, lejos de lograr sus propósitos, aumenta sus posibilidades de ocurrencia, por lo que los esfuerzos habituales del paciente deben ser invertidos.

Una paciente que, de manera compulsiva, debía mirar hacia un edificio cercano durante 10 min, antes de acostarse, dejó de hacerlo cuando se le orientó que, en lugar de 10 min, tenía que mirar, obligatoriamente, durante media hora; tiempo que sería controlado por su esposo que, hasta entonces, le había acompañado en su lucha anterior contra el síntoma, que luego del tratamiento desapareció en solo 10 días.

Métodos basados en la concepción sistémica y la comunicación

Antecedentes. Gregory Bateson, Jay Haley y Nathan Ackerman son los pioneros de la más reciente corriente psicoterapéutica que se perfiló a fines de

1960 y que tiene su fundamento en la concepción sistémica del hombre y, sobre todo, de los microgrupos maritales, familiares, laborales y sociales, de características estables.

Se basa, igualmente, en el alto significado de las comunicaciones interpersonales. En los ancestros teóricos de esta línea conceptual, está la teoría del campo de Kurt Levin y también los aportes de Norbert Wiener, el padre de la Cibernética.

Cuando Bateson, en 1950 apreció las frecuentes comunicaciones anormales en las madres de esquizofrénicos, dio lugar al posterior surgimiento del concepto de la madre esquizofrenizante al considerar otros autores el doble enlace contradictorio como un aspecto importante en la etiología de esa enfermedad; sin embargo, el aporte más relevante de su observación clínica fue destacar uno de los objetivo medulares de la psicoterapia sistémica y comunicacional al enfatizar el trascendente significado de los mensajes en los colectivos humanos estables, cuyo paradigma es la familia.

Los principios fundamentales de esta corriente teórica son, por demás, aplicables tanto en la terapia individual, como en la de matrimonios y, también, en otros grupos estables laborales, escolares, deportivos, militares y otros.

Principios

Se destaca su énfasis en el aquí y ahora, la apreciación de los síntomas como intentos de comunicaciones de carácter extraverbal. También la valoración de que estas manifestaciones son modificables cuando se someten mediante la concientización a su control voluntario.

En sus orígenes se basó en la reactivación del ancestral y superado modelo conductual de la caja negra, conceptualmente contrapuesto a las proyecciones dinámicas, racionales y vivenciales, pero dicho modelo no contó, de manera afortunada, con la aceptación de los terapeutas que han desarrollado este método en su práctica asistencial y que, sin embargo, resaltaron que el desajuste de uno de los componentes del grupo familiar-condición anómala establecida durante sus interacciones en el contexto hogareño y otros microgrupos relevantes, determina reacciones compensadotas en busca de la homeostasis del sistema.

Es también un criterio central la identificación y modificación de los mensajes anómalos, alianzas y comportamientos inadecuados consecuentes en los miembros de la familia.

Otra característica fundamental de este método es el utilizar la prescripción o repetición voluntaria del modelo comunicacional, síntoma, o respuesta conductual anormal, como medio para lograr su control.

El objetivo final de esta psicoterapia es superar estos comportamientos inadecuados expresados, semiológicamente, por distorsiones inadaptativas de la comunicación, por síntomas o por patrones de comportamiento negativos (denominados por esta corriente teórica, como pseudoalternativas) y sustituirlas por otras más maduras y adaptativas, que implican un verdadero cambio cualitativo en todo el sistema familiar. Este cambio orientado a la salud individual y familiar es denominado salto 2.

Esta modalidad psicoterapéutica aporta, además, relevantes elementos para resolver la situación, con frecuencia, reconocida en la práctica psicoterapéutica familiar, conocida como el paciente ausente, expresada en la clínica, por la concientización por parte del terapeuta y la familia atendida de que, muchas veces, el primer concurrente a consulta individual, no es, precisamente, el más enfermo en un hogar, sino, el que no ha sabido encontrar alternativas de conducta más adecuadas, ante los mensajes estresantes derivados de la disrupción del sistema familiar, debido a otros focos perturbadores de mayor potencialidad nociva que la del primer concurrente que se erige, a partir de este reconocimiento como el chivo expiatorio de los conflictos del conglomerado familiar.

Los objetivos básicos de esta orientación psicoterapéutica son, por tanto, modificar las conductas sintomáticas derivadas de las interacciones deficientes entre dos o más personas integrantes de un microsistema estable en el que han ido acumulando tácticas comunicacionales que, lejos de cohesionar y reforzar el sistema, lo hacen muy vulnerable ante cualquier noxa.

Las especificidades conceptuales dentro de esta corriente (variantes tácticas que se pueden denominar escuelas), dependen, del mayor o menor énfasis, en cada uno de estos aspectos, aunque se debe destacar que en lo referente a la utilización de recursos psicoterapéuticos, la mayoría de los profesionales que atienden familias, se desenvuelven con una proyección ecléctica que les permite aprovechar, para bien del colectivo desajustado, los recursos aportados por sus precursores en otras modalidades psicoterapéuticas reconocidas, mundialmente como, efectivas.

Variantes o escuelas de mayor relevancia

Escuela de Palo Alto. Desarrollada en California, que refleja con énfasis, las proyecciones comunicacionales de su fundador Gregory Bateson y, cuyo recurso básico, es la prescripción paradojal después de identificar los mensajes inadecuados que por principio se han reiterado a través del tiempo. Es una escuela paradigmática en lo referente a la prescripción del síntoma.

Escuela Estructural. Desarrollada por Minuchin 1967, hace énfasis en las estructuras jerárquicas y las posiciones de superioridad *(one up)* o inferioridad *(one down)* que estas implican. Considera como fuente de patología el desdibujamiento de estos límites y como esencia de sus objetivos psicoterapéuticos, su redelimitación.

Escuela Cibernética. Desarrollada en Italia por Selvini hace énfasis en los mecanismos autocorrectivos de la familia como sistema homeostático. Este enfoque fue la consecuencia práctica de la observación de que, muchas veces, en una familia o pareja al mejorar un miembro, empeora otro y viceversa. Así a cada acción se opondría una reacción compensadora. La consecuencia terapéutica de este enfoque es que el profesional.

Debe mantenerse, fuera del sistema y que hay que influir sobre él sin correr el riesgo de incluirse en el mismo y anular sus potenciales influencias terapéuticas que en esencia se basan en dos proyecciones:

1. La orientada a introducir pequeños cambios que se comportan como punta de lanza a partir de los cuales se ampliaron, de manera progresiva, las influencias positivas.
2. La que persigue un cambio relevante que implique la necesidad de una reestructuración de la familia como ocurriría en la experiencia asistencial cuando se asigna la atención exclusiva de un miembro del colectivo, detectado como manzana de la discordia entre dos niveles jerárquicos del sistema hogareño y que, hasta entonces, recibía un cuidado simultáneo, pero con notables y conflictivas actitudes competitivas entre estos.

Escuela de Haley. Desarrollada en Washington hace su énfasis en las alianzas abiertas o encubiertas como ocurre con las simetrías ocultas. Su marco conceptual es la lucha por el poder entre diferentes representantes de jerarquías y el carácter móvil de esas jerarquías, durante el desarrollo histórico de la familia, de manera que la estructura originalmente parental de los progenitores, llega a ser sustituida, con el tiempo, por la jerarquía de los hijos. Enfatiza, también, la prescripción del síntoma, así como diferentes técnicas de escenificación.

En Cuba, se incluye al análisis transaccional de Berne entre las escuelas de marcado énfasis comunicacional, además de reconocer su indudable carácter cognitivo conductual.

Valoración crítica

Se considera que esta proyección aporta conceptos que complementan el necesario enfoque integral de la psicoterapia. Su utilización básica está en la terapia de familia o matrimonio, aunque sus principios pueden utilizarse en otros colectivos, menos estables, como los grupos psicoterapéuticos convencionales, sobre todo si estos se organizan con carácter cerrado y se programan por el tiempo y estabilidad suficientes para aplicar los principios sistémicos y comunicacionales.

Esta modalidad psicoterapéutica resulta imprescindible en la psicoterapia de alcohólicos y otros adictos habida cuenta de la notable disrupción familiar determinada por las conductas bajo la influencia de alcohol u otras drogas capaces de modificar el comportamiento.

Se considera que los mejores resultados se obtienen con una proyección ecléctica con referencia a las escuelas que se han de seguir y que permitan, además, manejar con libertad todos los recursos psicoterapéuticos accesibles sin limitación dogmática o sectaria alguna; como puede inferirse esta proyección se vincula, en forma estrecha, con la aspiración del desarrollo óptimo de la ósmosis bienhechora, tanto con los pacientes, como con sus familiares.

En Cuba, Castro López Ginart, ha desarrollado una técnica aplicable con magníficos resultados a grupos numerosos denominada terapia sistémica de modificación de actitudes, en la que el término sistémico se refiere a la concepción unitaria del hombre en sus niveles psicosocioculturales y a la utilización simultánea de técnicas didácticas, persuasivas, dinámicas y de relajación.

Recursos

Prescripción del síntoma. Este recurso, conceptualmente, diferente a la orientación paradojal de Victor Frankl pues no tiene como objetivo los mecanismos ultraparadojales (voluntad contraria) sino, el principio *similia similibus curantur*, cuya traducción a la práctica es: *que los comportamientos anómalos pueden curarse utilizando comportamientos similares ejecutados voluntariamente*. La explicación psicofisiológica de sus efectos está en que una vez bajo el control consciente y ejecutados en un marco valorativo psicoterapéutico, muchos comportamientos no deseables tienden a desaparecer. Este principio puede también utilizarse, con propósitos menos ambiciosos, cuando se orienta a un paciente ticoso que reproduzca ante el espejo los movimientos que antes eran involuntarios y por eso incontrolables.

En el contexto asistencial de las adicciones, puede utilizarse orientando a una madre decepcionada por la conducta reiterada de su hijo, que repita la frase: "eres un caso perdido" para que valore junto al grupo psicoterapéutico familiar la significación de dicho mensaje para el enfermo.

Identificación de paradojas comunicacionales. El terapeuta señala que la madre del toxicómano quiere que se independice, pero impide que salga en busca de trabajo, pues teme se encuentre con los compañeros de consumo. Otro ejemplo es la comunicación de la angustia familiar ante la posibilidad de recaída en el consumo y el aporte simultáneo de excesivos recursos económicos que ubican al progenitor en el rol de facilitador.

Delimitación de estructuras jerárquicas. De frecuente uso ante incursiones efímeras del padre ausente del hogar pretendiendo reducir la autoridad de la madre que afronta la tragedia, del hijo toxicómano.

Identificación de alianzas y luchas por el poder. Este es un recurso concientizador de alto valor, sobre todo, si se tiene en cuenta la alta frecuencia con que los toxicómanos proceden de hogares inestables y afectados por divorcios ocurridos, sobre todo, antes que el paciente hubiese cumplido los 15 años, característica evidenciada en más de 60 % de los pacientes alcohólicos y cocainómanos (76) (77).

Ensayo de meta alterativa. Conocidas las paradojas comunicacionales y las respuestas desajustadas, el terapeuta orienta el ensayo de otras comunicaciones, actitudes o patrones de comportamiento más adecuadas denominadas por los seguidores de esta escuela, como meta-alternativas.

Interacción guiada. Este recurso es más profundo y sofisticado que el contrato de contingencias aportado por la psicoterapia conductual, donde las exigencias son menores y no requiere la profunda valoración de la distorsión comunicacional.

La interacción guiada es de uso muy frecuente en el tratamiento de pacientes adictos para modificar las características deficientes interacciones familiares a veces de gran valor patogénico y otras como expresivas de la catastrófica repercusión hogareña de la conducta del consumidor.

Moldeado familiar. Consiste en la dramatización espontánea, por parte de los miembros de la familia, de situaciones conflictivas seguidas de la escenificación de las conductas alternativas bajo la orientación del terapeuta. Su utilización con toxicómanos es muy valiosa, si están presentes los habituales conflictos derivados de la crítica familiar al paciente cuando está embriagado o de su consideración como caso perdido. Las conductas alternativas a escenificar son, en el primer caso, discutir la situación al día siguiente, una vez superada la influencia de la sustancia y recuperada la conciencia y en el segundo, comenzar a desarrollar la actitud Pigmalión que, como se planteó, consiste en priorizar la gratificación y aspectos positivos del pacientes sobre la crítica destructiva de su comportamiento.

Consideraciones sobre la psicoterapia narrativa en la atención a pacientes adictos

Principios básicos

Este aporte a la psicoterapia merece ciertos comentarios introductorios que se orientan, en primer lugar, a explicar al lector las razones por las que no fueron incluidas en las cinco corrientes teóricas comentadas.

El rango que se le ha conferido en el índice del presente libro se deriva del propósito de comentar determinados aportes más relevantes, cuyos principios teóricos son compartidos con varias corrientes teóricas ya abordadas, pero su aplicación práctica en los servicios especializados en adicciones se valoran como fundamental.

Por otra parte, existen aspectos novedosos en la argumentación científica de sus mecanismos, que en este criterio le confieren cierta autonomía.

Lo más trascendente, en cuanto a su base teórica, es el hecho de utilizar el proceso de la narración escrita como vía regia para la integración cognitiva que, como se conoce, es un componente básico de la corriente cognitivo conductual y por su valor como instrumento de reconstrucción biográfica se acerca, de alguna manera, a las psicoterapias dinámicas que como se apreció, para este libro son la versión de menor duración y actualizada del psicoanálisis.

Esta modalidad psicoterapéutica narrativa tiene, además, mecanismos muy cercanos a los del efecto de la palabra; aspectos coincidentes, en algún grado, con las corrientes sistémico-comunicacionales y con la exteriorización, comprensión e intercambio de vivencias y esto se hace evidente, tanto mediante su utilización individual, como cuando se aplica en el seno de comunidades terapéuticas, grupos de psicoterapia profesionales con pacientes y con familiares, grupos alternos o grupos de ayuda mutua de seguimiento.

La principal argumentación de sus creadores es la posibilidad de hacer objetivas (externalizar), muchas vivencias conflictivas, cuya valoración actualizada resulta muy difícil mientras sean parte de la intimidad del paciente (76) (77).

En efecto, el proceso de revisión crítica, aquí y ahora, fruto de la síntesis, redacción y transcripción de dichas experiencias traumáticas a un documento, posibilita que se reubican en un plano de realidad externa y observable, de altas potencialidades reflexivas y catárticas muchas vivencias, cuyos efectos psicotraumáticos fueron, en parte, reforzados por el hecho de ser valorados con "ojos y corazón de niño" y ahora, esta será una modalidad de hacerlo a partir de un documento redactado por el paciente con fines de externalización y, en esta ocasión, la valoración se realiza con ojos y corazón de adulto, si de psicoterapia individual se hablas y, todavía mejor, con muchos ojos y corazones de adulto cuando se intercambian las vivencias en grupos psicoterapéuticos. Una fuente importante de psicotraumas infantiles, es la fragmentación hogareña por muerte o divorcio de los padres antes de que el adicto hubiese cumplido los 15 años. La frecuencia de estas noxas, en pacientes alcohólicos y cocainómanos, fue evidenciada por las doctoras Jeanet Hernández y Elín González, dos de jóvenes y prometedoras especialistas y superó 60 % (78) (79).

Las potencialidades introspectivas implícitas en los procesos requeridos para redactar vivencias pasadas y presentes se hacen evidentes tan pronto cualquiera de quienes alguna vez haya elaborado, al menos, fragmentos biográficos y esta realidad, posiblemente, se ha apreciado, consciente o inconscientemente, por todas las personas que han llevado un diario de vida y es, precisamente, de estas potencialidades introspectivas que se deriva la convencional privacidad que el documento exige en la cultura. Se piensa que dichos procesos narrativos equivalen, en esta variante psicoterapéutica, a la libre asociación, cuyo efecto terapéutico se deriva de la verbalización como puente entre lo inconsciente y lo consciente del psicoanálisis, así como a la meditación y la fantasía dirigida, de las terapias transpersonales y las expresiones verbales antes coactadas de las variantes abreativas como las de Perls y Janov.

Los paradigmas de la aplicación de las proyecciones narrativas en el campo de las adicciones, serían el diario personal, de reconocido valor abreativo, la autobiografía orientada a la comprensión dinámica de las vías patógenas adictivas y la existencia de psicotraumas relevantes, así como la tarjeta de concienciación de gran utilidad como recurso cognitivo conductual en los servicios especializados en alcoholismo y otras drogadicciones (78) (79).

Recursos

Aun cuando estos recursos se han abordado en libros anteriores, se considera que al tratarse de tiradas moderadas es conveniente reproducirlas ahora, por si el lector no tuvo acceso a dichas publicaciones.

Esta es la guía para la redacción de la biografía en el servicio y los resultados de su utilización por un paciente cocainómano a quien mucho se aprecia como ser humano (35) (80).

Guía para redacción de autobiografía

Instrucciones: como usted verá el objetivo de este documento es facilitarle el análisis reflexivo de algunos aspectos de su vida pasada y presente.

Para utilizar esta guía le recomendamos que lea, cuidadosamente, cada uno de sus acápites y los conteste en el mismo orden señalando siempre el número del listado que se relaciona con el aspecto explorado. Cuando en algunos de los tópicos no tenga usted nada que señalar, debe usted escribir el número y a continuación destacar nada a referir, le rogamos que revise, con cuidado, cada aspecto antes de contestarlo.

1. Nombre de pila.
2. Edad.
3. Escolaridad (último grado aprobado).
4. Ocupación actual.
5. Estado civil.
6. Durante su infancia, en qué trabajaban sus padres.
7. Describa la manera de ser de su mamá y las relaciones de ella con usted y con su esposo.
8. Describa la manera de ser de su papá y las relaciones de él con usted y con su esposa.
9. Todas las personas tienen virtudes y características que podrían superarse. Diga cuál es la mayor virtud y la característica a superar de su mamá y su papá desde su punto de vista.
10. Cree usted que su infancia fue feliz y si no lo cree así, señale que factores pudieron jugar papel para afectar la felicidad.
11. Qué consideraciones haría usted de su experiencia en la escuela.
12. Podría usted describir lo más importante de su manera de ser cuando era un niño.
13. Describa su historia sexual y matrimonial (señale si considera que han existido dificultades en el terreno sexual y escriba, por orden, las uniones matrimoniales destacando los hijos).
14. Describa su historia laboral (señale sus primeros trabajos y las causas de cambios de trabajos. Destaque en qué trabaja ahora, cuánto gana mensualmente y si existe alguna dificultad en el trabajo).
15. Describa su participación en el proceso revolucionario (si ha sido combatiente, las organizaciones políticas y de masas a las que pertenece) y señale si hay algún conflicto relacionado con separaciones familiares o si alguien en su familia está pendiente de salida del país.
16. Cree usted tener complejos (si los tuviera, señale cuáles).
17. Qué factores considera usted que están determinando su enfermedad (sobre todo describir si existen, actualmente, sufrimientos, preocupaciones, pérdida de seres queridos, etc.
18. Los cambios que debían ocurrir para usted sentirse mejor considera deben ser en su manera de afrontar los problemas, en la solución de los problemas en sí).

19. Cree usted que alguna de las situaciones que lo afectan podrían resolverse (en caso positivo señale en qué forma).
20. Si usted pudiera volver a nacer, qué cosas fundamentales en su vida quisiera que fuesen diferentes a como han sido y qué cosas haría en forma diferente a como lo ha hecho hasta ahora.

Si existe cualquier otro tema que usted considere útil, utilice este espacio y el dorso de la página.

Tarjeta de concientización de un paciente cocainómano

Una técnica de alta utilidad es la redacción de una tarjeta de concienciación sobre el consumo de drogas, recurso psicoterapéutico de raigambre cognitivo conductual que persigue los efectos del paradigma narrativo comentado cuando se expuso la guía autobiográfica.

La tarjeta de concienciación es un documento que debe elaborar la propia persona después de reflexionar, profundamente, acerca de los daños que produce su drogadicción y de los beneficios que se derivan de su superación definitiva. Su carácter es dinámico pues debe enriquecerse, según progresa el tratamiento y se ganan nuevos conocimientos y actitudes.

Reflexione ahora sobre la tarjeta confeccionada por Israel donde el instructivo de los diferentes acápites aparece ahora con letras cursivas.

1. *Imagen neutralizadora de la tentación de consumo.*
   Llamada también sensibilización encubierta o en términos populares contracandela en referencia a la técnica empleada para combatir el fuego enfrentándolo a otra línea de combustión.
   Se selecciona una imagen que tenga alto significado afectivo y que, en lugar de palabras, pueda representarse, mentalmente, como una escena que se estuviese recordando.
   La elegida por Israel fue el momento de ver descender en su tumba a su abuelita materna y del solemne juramento entonces realizado con el que se comprometía ante su memoria a dejar las drogas.
2. Reflexione sobre las vías por las que ha llegado a las drogas y escríbalas.
   - Creo que prácticamente todas, pero me parece que, sobre todo, la asertiva y la evasiva, aunque la hedónica y la sociocultural también y, en los últimos tiempos, creo que la sintomática pues me he sentido muchas veces triste y acudo a la droga.
3. Reflexione sobre los daños que le han ocasionado las drogas y escríbalos en forma de columna.
   - He tenido riñas a golpes con mi padre.
   - La desesperación llevó a mi padre a desafiarme a duelo.
   - Ninguna mujer me hace caso y me llaman drogo y cambolero.
   - Cada vez pierdo más el cariño de mi madre.
   - Mi abuelita murió con la angustia de que yo estaba en drogas.

- Cada vez me siento más despreciable.
- El consumo, siempre, me produce una gran culpabilidad.
- He llegado a pensar en el suicidio.
- Soy un hombre sin futuro.
- Me siento un esclavo de las drogas.
- Mal aliento y olor nauseabundo cuando estornudo por la sinusitis cocaínica.
- Daño a mi dentadura por afectar las encías y determinar piorrea y pérdida de piezas dentales.
- Todo el dinero que llega a mis manos y el que hurto o estafo lo utilizo en drogas.
- Cada vez tengo menos intereses y potencia sexual.
- Con cada consumo corro riesgos de infartos, embolias o hemorragias mortales.

4. Beneficios que se derivan de la supresión del consumo (reflexione y escriba)
   - Cumpliré el compromiso que hice con mi abuelita.
   - Le devolveré la tranquilidad a mi madre y hermanas.
   - Terminaré con la desesperación de mi padre.
   - Podré superar mis complejos, ya que la droga lo que ha hecho es aumentarlos.
   - Podré desarrollarme físicamente y dejar atrás mi obesidad.
   - Dejaré de ser rechazado por las mujeres.
   - Demostraré a mis padres que no soy un inútil.
   - Le daré una gran alegría a mis hermanitas.
   - Dejaré de sentirme un perdedor.
   - Si me salgo de la droga podré llegar a ser un berraco (persona pudiente en Colombia).
   - Recuperaré mi potencia sexual.
   - Dejaré atrás este egoísmo de pensar solo en mí y nada más.
   - Creo que cuando venza la droga habré demostrado que no soy un cobarde.
   - Tendré dinero para utilizarlo en cosas positivas.
   - Me sentiré con un aliento limpio, una dentadura saludable y podré estornudar sin avergonzarme.
5. ¿A qué personas he dañado o hecho sufrir?
   - A mis padres.
   - A mi abuelita.
   - A mis hermanas.
   - A las personas que he estafado.
   - A mí, más que a nadie.
6. ¿Qué hacer en lugar de drogarme?
   - Empezar por las pesas y todo tipo de ejercicio para superar mis complejos.
   - Practicar deportes.
   - Visitar familiares y amigos sanos.
   - Escuchar buena música y alejarme de la que me recuerda la droga.
   - Volver al ciclismo que antes practicaba.
   - Visitar la playa y nadar.

- Salir de paseo o a lugares donde pueda conocer muchachas.
- Comenzar mi entrenamiento en computación.
- Probar mi talento con la pintura artística que me motiva.
- Realizar ejercicios de relajación (que veremos más adelante).

7. ¿Cuáles son mis minas de contacto (situaciones de riesgo para consumir)?
   - En primer lugar mis antiguos compañeros de consumo.
   - Los lugares de consumo.
   - Las discotecas.
   - Los conciertos en que se reúnen consumidores.
   - El llevar prendas que pueden ser canjeadas por drogas.
   - El utilizar prendas o ropas que me recuerden el estilo de vida del consumo.
   - El ver, saludar o conversar con expendedores.
   - La música que acostumbraba a escuchar mientras consumía.
   - La hora de la noche en que consumía.
   - El tener mucho dinero en el bolsillo.
   - El escuchar conversaciones sobre las drogas.

Nota. Estas tarjetas de concienciación deben ser actualizadas, mensualmente, según el paciente progresa en su tratamiento y mientras está hospitalizado la leerá en forma rotatoria con sus compañeros de ingreso en el matutino, para lograr su efecto catártico y la universalización de su contenido en el grupo, aspectos que incrementan su cohesión y presión (mecanismos terapéuticos de primer rango en las actividades grupales al lograr, respectivamente, el sentido de pertenencia y la fuerza derivada de la unidad de objetivos y acción del colectivo.

Reflexiones sobre pensamientos martianos como recurso inspirativo con adictos

Aún no había iniciado su residencia en el servicio cuando, el Dr. Jesús Amador Montejo, actual especialista en Psiquiatría y Director del Dispensario del Hospital Psiquiátrico de La Habana "Dr. Eduardo Bernabé Ordaz", cuando sugirió la idea utilizar las reflexiones de los pacientes sobre pensamientos martianos como recurso inspirativo cotidiano en los matutinos.

La proposición pareció formidable y se aplicó de inmediato. Unos meses después se inició la investigación cuanticualitativa sobre los resultados de su aplicación en esta comunidad terapéutica y fue el tema de su tesis de Residencia en Psiquiatría, defendida con evaluación de excelente en 2006 (81) y a la que se remite a los interesados, así como a el libro sobre psicoterapia reflexivo inspirativa antes acotado (78).

Evaluación otorgada por los pacientes adictos

Como anticipo se informa que dicho recurso, utilizado, a diario, en el matutino terapéutico mediante la lectura y posteriores reflexiones de los pacientes sobre

aforismos coherentes con las fases de Prochaska en que se encuentren la mayoría de los pacientes, motiva muchas intervenciones inspirativas que son resumidas por el guía. Este recurso reflexivo inspirativo fue calificado siempre mediante encuesta anónima aplicada al egreso, en el primero o segundo lugar, entre todos los utilizados en el marco de esta comunidad terapéutica.

Los enfermos seleccionaron 50 aforismos, de mayor calificación, que son los mejores jueces y se recomiendan como un formidable recurso.

Recursos psicoterapéuticos según base teórica y utilidad en adictos de diferentes patogenias

En la tabla 4.5 se exponen los diferentes recursos psicoterapéuticos utilizables en la rehabilitación de pacientes adictos y se reflejan la valoración acerca de la efectividad de cada uno, según la vía patogénica predominante en cada enfermo.

Los criterios evaluativos se exponen en escala del 1 al 5 en que el 5 es la máxima calificación.

La valoración de estos diferentes métodos y recursos psicoterapéuticos pretende que el psicoterapeuta joven, en general, y el terapeuta de toxicómanos, en particular, desarrollen una mentalidad abierta que les permitan el manejo de todo lo científicamente válido aportado por las diferentes proyecciones teóricas; aunque, de manera inevitable, se enfatiza en los más concordantes con sus criterios específicos. Se considera que esa es la posición más adecuada y se piensa que es la actitud que espera el sujeto y objeto del esfuerzo psicoterapéutico.

El autor se refiere a un famoso estribillo brillantemente musicalizado por Carlos Puebla que expresaba y cito: "Si las cosas de Fidel, son cosas de comunista, que me pongan en la lista que estoy de acuerdo con él."

Tabla 4.5. Recursos psicoterapéuticos según base teórica y utilidad en adictos de diferentes patogenias

Recursos según fundamentación teórica	Sociocultutal	Hedónica	Asertiva	Evasiva	Sintomática
Exploración del inconsciente					
1. Catarsis (salida o descarga con énfasis ideativo)	1	1	4	5	5
2. Abreación (salida o descarga afectivo-conativa)	1	1	4	5	5
3. Confrontación (focalización del problema)	5	5	5	5	5
4. Clarificación (subrayado en lo esencial)	4	5	5	5	5
5. Interpretación (el por qué dinámico)	1	5	5	5	5
6. Experiencia emocional correctiva (no es como siempre pensé y sentí)	1	3	5	5	5
7. Análisis de transferencia (valorar relaciones originales desplazadas)	1	4	4	5	5
8. *Working through* (el proceso terapéutico fuera de las sesiones)	2	3	5	5	5
9. Valoración biográfica (qué ocurrió antes)	2	3	5	5	5
10. Interpretación de sueños (de lo manifiesto y lo latente)	1	1	3	5	5
Efecto de la palabra					
1. Apoyo (seguridad apuntalada por el terapeuta)	3	3	5	5	5
2. Información (transmisión de conocimientos necesarios)	5	5	5	5	5
3. Guía de acción (conducta dirigida por el terapeuta que «toma el mando»)	2	3	4	4	5
4. Sugestión (influencia que viola el razonamiento)	3	3	5	3	3
5. Autosugestión (efecto por autorreiteración en concentración)	4	4	5	4	4
6. Persuasión (argumentación para convencer)	5	5	5	5	5
7. Exploración causal (exploración de primeros mecanismos)	2	3	3	5	5
8. Análisis de actitudes (por qué reacciona así y no de esta forma)	3	5	5	5	5
9. Manejo de convivientes (cambio de actitudes en familiares)	3	4	4	4	4
10. Relajación (ansiólisis por retroalimentación y competencia inducida)	5	5	5	5	5
11. Inhibición recíproca interpersonal (competencia, inhibición, excitación por palabras y gestos del terapeuta)	3	4	5	5	5
12. Exteriorización de intereses (exploración y guía motivacional)	3	4	4	4	4
13. Biblioterapia (influencia mediante lecturas orientadas)	3	4	5	4	4
14. Exhortación (guía de acción por sugestión directa)					
Experimentación psicológica					
1. Modificación del medio (eliminación de tensiones ambientales)	3	3	3	4	5
2. Clarificación de patrones inadaptativos (diagnóstico e información de las conductas desajustadas)	3	5	5	5	5
3. Integración cognitiva (modificación de esquemas cognitivos errados)	5	5	5	5	5
4. Recompensa y sanción (instrumental planificado)	5	5	5	5	5
5. Condicionamiento aversivo clásico (aprendizaje condicionado planificado)	5	5	3	3	2
6. Condicionamiento operante (reforzamiento o inhibición de conductas)	5	5	3	3	2

Recursos según fundamentación teórica	Sociocultutal	Hedónica	Asertiva	Evasiva	Sintomática
7. Modelaje (ejemplificación de comportamientos a imitar)	3	3	5	4	4
8. Moldeamiento (refuerzos progresivos para ajustar conducta)	3	3	5	5	4
9. Ensayo de papeles (moldeamiento o clarificación por actuación)	3	3	5	3	3
10. Autorrelajación (ansiólisis por competición autoconducida)	5	5	5	5	5
11. Inducción recíproca contextual (competencia con estímulos ambientales)	3	3	5	4	5
12. Sensibilización sistemática (aproximación y relajación)	2	2	3	3	3
13. Implosión (extinción por exposición mantenida sin evitación)	1	2	3	3	3
14. Detención del pensamiento (interrupción inducida de ideas)	1	2	2	3	3
15. Contrato de contingencias (convenio interpersonal)	3	3	4	5	5
16. *Token economy* (reforzamiento mediado de conductas)	5	5	5	4	5
17. Juramento (compromiso y refuerzo cognitivo)	5	4	5	5	3
18. Control cubierto (clarificación motivacional)	5	5	5	5	5
19. Sensibilización cubierta (competencia, acercamiento, aversión imaginativa)	5	5	4	4	3
20. Respuestas cubiertas por substitución (oferta y ejecución alternativas)	5	5	5	5	3
Comprensión, expresión e intercambio vivencial					
1. Intercambio de experiencias (ósmosis bienhechora)	4	3	4	5	3
2. Exteriorización de intereses (guía motivacional inspirativa)	4	3	4	5	3
3. Guía de acción (conducta dirigida con recursos inspirativos)	3	3	5	5	3
4. Inspiración (nuevos enfoques optimistas transmitidos)	4	4	5	5	5
5. Definición de metas (solución del vacío existencial)	4	5	5	5	4
6. Lecturas inspirativas (inspiración mediada por lecturas)	4	4	5	5	4
7. Dramatización (introspección y catarsis vivencial por actuación)	3	3	5	5	4
8. Cine debate (dramatización filmada y debatida)	3	3	5	5	5
9. Meditación (introspección hipnoide)	1	1	3	3	3
10. Fantasía dirigida (vía regia existencial)	1	1	2	2	2
11. Abreación inducida (exteorización guiada de conflictos}	1	1	3	3	3
12. Ensayos asertivos (ejercitación de nuevas conductas de reafirmación	2	2	5	3	3
13. Orientación paradojal (inversión de acciones contra el síntoma)	1	1	1	1	2
Concepción sistémica y análisis de la comunicación					
1. Prescripción de síntomas (control de conductas al simularlas)	3	4	4	4	4
2. Identificación de paradojas (diagnóstico y discusión de mensajes contradictorios)	2	4	4	5	5
3. Delimitación de jerarquías (corrección de papeles según autoridad)	1	2	2	3	3
4. Identificación de alianzas (detección de uniones por el poder)	2	3	4	4	4
5. Ensayo de meta-alternativas (valoración escenificada de otras conductas)	2	4	5	5	4
6. Interacción guiada (solución dirigida de errores comunicacionales)	2	4	4	5	5
7. Moldeado familiar (corrección escenificada de conflictos	2	4	4	5	5

Capítulo 5

Principios y objetivos de la rehabilitación de pacientes adictos

Principios básicos del tratamiento integral del adicto

A manera de síntesis se señala que el enfrentamiento integral exitoso a las drogas implica gestiones promocionales de salud, preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitatorias, que se suceden a partir de los primeros escalones que persiguen en forma respectiva fortalecer la salud, mejorar los estilos de vida, y evitar, hasta donde es posible, el uso indebido de estas sustancias; cuando dichas gestiones fracasan, es que se inician las gestiones asistenciales al establecerse la necesidad del diagnóstico lo más precozmente posible para viabilizar el tratamiento oportuno y el proceso rehabilitatorio. Los principios básicos que sirven de contexto teórico a estas actividades integrales pueden enunciarse como:

1. La consideración de que los diferentes tipos de drogas en sus categorías legales, de prescripción médica, e ilegales son un sistema en interacción constante con potencialidades inductoras y reforzadoras.
2. Reconocer la necesidad de atender, en forma simultánea, a todas las sustancias y que la prevención de las adicciones ilegales debe comenzar con la prevención del consumo de las substancias legales.
3. Tener presente la alta significación social de los tóxicos que afectan la conducta (drogas duras) y no solo como determinantes de adicciones sino como facilitadores de conductas impropias (comportamientos bajo su influencia en sujetos no adictos).
4. Se tiene en cuenta el paradigma del fumador pasivo para extrapolarlo a las drogas duras y hablar de alcohólicos y otros drogadictos pasivos, que son los familiares convivientes que sufren, indirectamente, las consecuencias del comportamiento del adicto, aunque los familiares sean abstinentes, consumidores sociales de alcohol o consumidores de medicamentos por indicación médica.
5. El promover actitudes comunitarias de rechazo a la embriaguez alcohólica se erige como un factor de primerísimo rango.
6. Las diferentes gestiones requieren la participación multisectorial como factor de primer orden.
7. Las actividades educativas a la población general y a los miembros del equipo de salud, requieren, tanto de la información, como de la formación de actitudes responsables ante la sustancias psicoactivas su prevención, su detección precoz y tratamiento adecuado. La prevención específica debe iniciarse, con las

técnicas apropiadas, desde etapas tempranas de la vida, en el ámbito familiar y escolar y se continúan durante el resto de la existencia, toda vez que el peligro del uso indebido de esas sustancias acecha de manera permanente.

8. Las tácticas que se han de seguir se basan en estudios comunitarios orientados a conocer el cuadro clinicoepidemiológico del problema en cada región.
9. Desarrollar la conciencia comunitaria de que el riesgo de las adicciones existe para todos y no solo para los débiles morales como antes, de manera errónea, se planteaba.
10. Enfatizar la significación de la armonía y estabilidad familiar como factor protector de primer rango.
11. Sobre todos los aspectos señalados, se encuentra la profunda aceptación de que los adictos son verdaderos enfermos con potencialidades de rehabilitación, aunque no de curación, toda vez que la reincidencia en el consumo provoca la recaída inmediata.

El cumplimiento de estos y muchos otros principios de proyección promocional-preventiva-sanitarista no se aparta, en lo referente a exigencias, de las requeridas para el desarrollo exitoso de cualquier programa de salud para enfermedades crónicas no transmisibles. Sin embargo, la atención propiamente asistencial, una vez establecida la adicción, constituye, un verdadero reto en lo referente a garantizar la imprescindible disposición permanente de ayuda, actitud sin la cual resulta altamente improbable el logro de los objetivos rehabilitatorios, ya que estos enfermos ponen a prueba, en grado notable, las potencialidades humanísticas, éticas y espirituales de quienes desempeñen el papel de "prestadores de ayuda" como miembros del equipo de salud, consejeros, familiares, grupos de ayuda mutua, amigos, compañeros de trabajo, y líderes comunitarios formales y no formales.

En efecto, odos estos, en diferentes grados, como profesionales o profanos establecen alianzas terapéuticas con niveles diferentes de profundidad y experticidad, pero siempre acompañan al paciente y sus familiares, durante las etapas precontemplativa, contemplativa, preparatoria, de acción o cambio, y de prevención de recaídas descritas con acierto por Prochaska, Di Clemente y Norcross (82), cuya descripción se retoma en breve.

Aspectos que se han de considerar por el psicoterapeuta de toxicómanos

El enfrentamiento a la gestión psicoterapéutica con toxicómanos, exige cumplir los requisitos siguientes:

1. Un conocimiento profundo de los diferentes tóxicos, sus mecanismos de acción, vías patogénicas, manifestaciones clínicas y evolución.
2. La convicción de que los toxicómanos son enfermos y no viciosos o personas con debilidades morales.
3. La concepción de que cualquier sujeto, con independencia de sus características personales o condiciones socioeconómicas y culturales, puede caer en las redes de la adicción.

4. Considerar que la mayoría de las veces, los rasgos disociales que pueden evidenciarse, son consecuencia y no causa de la toxicomanía.
5. Reconocer que aunque la gestión básica, ante esta problemática es la prevención, la atención a los enfermos es también funda-mental.
6. Haber concientizado la alta significación humana de estas afecciones que se consideran entre las de más trágica repercusión familiar y social.
7. Estar preparado para involucrarse en una larga lucha ante un enemigo poderoso y sus aliados (otros consumidores y expendedores).
8. Haberse entrenado para enfrentar las frustraciones implícitas en los frecuentes deslices y recaídas.
9. Disponerse a establecer profundas relaciones interpersonales del tipo de la participación mutua que viabilicen, entre otros, el mecanismo de la ósmosis bienhechora.
10. Garantizar, a toda costa, las actitudes de disposición afectiva incondicional, genuinidad, comprensión empática y no enjuiciamiento ante el paciente.
11. Perseguir los efectos inespecíficos o placebos de la relación terapéutica, a saber:
    a) Que la relación afectiva profunda establecida desarrolle las potencialidades interpersonales del paciente.
    b) Infundir la confianza que se deriva de su categorización como experto por parte del paciente.
    c) Aprovechar todas las posibilidades para asumir la función de maestro derivada de su ascendencia, ante el paciente, y su reconocida dedicación a la rehabilitación de adictos.
    d) Lograr en el paciente el despertar de la fe en su rehabilitación.
    e) Garantizar las experiencias emocionales correctivas durante la interacción.
    f) Determinar el despertar afectivo tan necesario en los toxicómanos portadores del síndrome emotivo emocional.
    g) Facilitar que el paciente lo tome como modelo.
    h) Viabilizar que el toxicómano sienta la necesidad de gratificarlo con su mejoría.
    i) Estimular la comunicación de todas las experiencias dolorosas para ayudarle con el principio de la pena compartida.
    j) Cuidar siempre la autoestima del toxicómano, que por su padecimiento se autoubica en posición *one down.*
12. Cumplir, cuidadosamente, todas las etapas de la entrevista y las etapas del tratamiento rehabilitatorio.
13. Recordar la alta significación de la atención de la familia.
14. Preferir en las primeras etapas el contexto institucional, ya sea este de hospitalización total o parcial y también las modalidades asistenciales ambulatorias con el modelo de los dispensarios especializados, policlínicos universitarios y centros comunitarios de salud metal, en los que deben estructurarse comunidades terapéuticas integradas por el equipo profesional, técnico, administrativo y auxiliar, junto a los pacientes y alumnos y el principio básico de la unidad de criterio y acción.

15. Utilizar siempre, en forma combinada, la psicoterapia individual y de grupo para aprovechar los mecanismos implícitos en la gestión psicoterapéutica colectiva.
16. Enfatizar los señalamientos y reforzamientos de conductas positivas en relación con la crítica de los comportamientos negativos.
17. Incorporar a la comunicación todo recurso que haga más concretos y recordables los mensajes como las metáforas y símiles. Estar en la droga es como hundirse en una tembladera donde se extiende la mano en busca de ayuda. Los familiares, los amigos sanos y el equipo terapéutico ofrecen esa ayuda para conducir al paciente a terreno firme, pero los compañeros de consumo, aún sin proponérselo conscientemente, le ponen el pie en la cabeza y lo hunden más.
18. Insistir desde el principio en las futuras gratificaciones personales del paciente, implícitas en su triunfo ante los tóxicos.
19. Combatir con enfoque sistémico todos los tóxicos que afecten la personalidad y la conciencia incluido el alcohol, cuyo consumo por otras modalidades de toxicómanos, es el determinante de muchas recaídas, ya que aún cuando se logre la actitud de rechazo ante otras drogas en estado de sobriedad, esos recursos se anulan, en su totalidad, bajo el efecto del alcohol (el ejemplo típico es el cocainómano, capaz de decir no a la cocaína en condiciones normales, pero que se desarma, totalmente, cuando su conciencia se afecta por el alcohol). No induzca la eliminación simultánea del tabaco excepto cuando sea iniciativa del paciente, pero sí, y esto es muy importante, la del alcohol.
20. Manejar todos los recursos inspirativos a su alcance.
21. Enfatizar, de modo continuo, que la única alternativa posible para la rehabilitación es la *abstinencia permanente y total*, pues el toxicómano siempre será toxicómano, si consume otra vez.
22. Recordar el extraordinario significado del seguimiento en estos pacientes y el apoyo implícito en los grupos de autoayuda del tipo alcohólicos anónimos (AA) y narcóticos anónimos.
23. Conocer y disponer que hay que utilizar todos los recursos psicoterapéuticos aportados por las diferentes proyecciones teóricas, herramientas que integran con flexibilidad a su esquema conceptual primario en el contexto del planteamiento de objetivos establecidos ante cada paciente.

Etapas del tratamiento de los toxicómanos

Con el propósito de hacer inferibles las especificidades de las restantes toxicomanías se desarrolla el esquema seguido con el alcoholismo, pero antes se reitera que el más trascendente y efectivo recurso terapéutico en las toxicomanías es la prevención. En esencia, las etapas más relevantes en la gestión asistencial son según el modelo clásico las siguientes:

1. Confrontación.
2. Estudio y contrato.

3. Alianza terapéutica.
4. Desintoxicación:
   a) Temprana.
   b) Tardía.
5. Deshabituación.
6. Readaptación o reinserción social.
7. Seguimiento.
8. Ayuda mutua.

Confrontación. Generalmente lograda por los propios familiares y amigos, o por los grupos de ayuda mutua antes de la concurrencia al equipo de salud, aunque, en ocasiones, se asisten también enfermos egosintónicos que aceptan el tratamiento por complacer a su familia y, en esos casos, el primer esfuerzo terapéutico es alcanzar la ego distonía.

Fase de estudio y contrato. Habitualmente poco enfatizada, pese a su alta relevancia, se extiende a partir del contacto inicial con el paciente y durante esta se dan los primeros pasos en el establecimiento de una relación profesional positiva; se valora al enfermo mediante estudio interdisciplinario y concluye con el establecimiento del contrato donde se definen "las reglas del juego", y se obtiene por escrito o, verbalmente, la aceptación del tratamiento y su compromiso a participar, de manera activa, en el tratamiento, donde se le demuestra que la esencia de esta terapéutica radica en su decisión de alejarse del tóxico. Esta etapa bien conducida es el primer paso para lograrlo.

Alianza terapéutica. Sin esta todo esfuerzo sería inútil; su principal factor determinante, por parte del médico, es su capacidad interpersonal para ubicarse en el lugar de la otra persona, fase de la relación denominada por Pedro Laín Entralgo (42) como fase coejecutiva,

Fase de desintoxicación. Integrada por dos etapas: la primera, desintoxicación temprana, tiene como objetivo eliminar los síntomas de abstinencia y es por eso llamada dependencia funcional (83); se extiende, aproximadamente, por 7 días, durante los cuales las gestiones psicoterapéuticas serán limitadas y tendrán, de modo fundamental, objetivos de apoyo y de gratificar la decisión de abstenerse del alcohol.

Le sigue la segunda etapa que es la desintoxicación tardía, durante la que se persigue la eliminación total de la dependencia biológica.

En efecto, estudios neurofisiológicos e histoquímicos han permitido establecer que, luego de tres a cuatro semanas de abstinencia del alcohol, se elimina el *substratum* fisiopatológico implícito en la adaptación metabólica celular y la tolerancia hística aumentada (dependencia metabólica), aunque estos se reinstalan, con rapidez sorprendente, si el enfermo reinicia el consumo, toda vez que se mantiene la huella establecida para siempre en el ADN del paciente adicto (este es el concepto de memoria celular).

Esta fase, que se extiende desde siete a 28 días, aproximadamente, es aprovechable para incrementar, de manera progresiva, las influencias psicoterapéuticas

individuales y de grupo. Es por esta razón que cuando el paciente recibe tratamiento hospitalario, no deben autorizarse pases hasta después de, al menos, 28 días.

Fase de deshabituación. Los esfuerzos fundamentales se orientan a eliminar los condicionamientos basados en mecanismos de aprendizaje instrumental, condicionado, repetitivo o imitativo que potencializan en lo psicológico, la urgencia corporal por la sustancia.

Aunque muchos años atrás se manipula, sobre todo en los alcohólicos, reforzadores cardiovasculares (disulfiram y carbamida cálcica), eméticos (ipecacuana) y propioceptivos (estímulos eléctricos) *con objetivos aversivos* que implican, en el caso de substancias legales, el consumo simultáneo del tóxico para establecer aprendizajes de tipo aversivo (determinantes de repugnancia o rechazo a las drogas), diferentes investigaciones conducidas en este servicio, arrojaron resultados nulos con el estímulo eléctrico, moderados con la ipecacuana y superiores con el disulfiram. No existieron diferencias notables entre el uso aversivo (para crear repulsión o rechazo con asco) o disuasivo (en la actualidad el más empleado, para apoyar la decisión de no consumir del paciente) de dicho bloqueador metabólico, aunque, sí entre su forma oral y la implantable en tejido subcutáneo por lo que hemos mantenido la utilización disuasiva del disulfiram y siempre después de obtener el consentimiento informado (84) (85). En esta etapa, la psicoterapia con sus diferentes recursos, hace énfasis en la información, persuasión, inspiración y sugestión con propósitos aversivos y disuasivos, en el marco del tránsito de la etapa contemplativa a la preparatoria.

Fase de readaptación o reinserción comunitaria. Esta es la etapa más importante en el tratamiento, pues enmarca los objetivos más trascendentes en la atención de un paciente adicto. En forma muy esquemática, se dice que comprende la mayor parte del esfuerzo psicoterapéutico y de las gestiones del equipo de terapia ocupacional y trabajo social.

Con una orientación estratégica concordante con la concepción del mundo de cada terapeuta, *pero, en su totalidad, ecléctica en lo que a selección de recursos se refiere,* se manejan también tácticas dinámicas, conductuales, sistémicas, comunicacionales y existenciales humanísticas, siguiendo en este aspecto el magnífico paradigma establecido por los psicoterapeutas de familia a nivel mundial.

Como puede inferirse, esta fase también podría denominarse reeducativa o de reinserción y tendrá como fruto el establecimiento de las bases para un nuevo estilo de vida. Su duración promedio es de un año y, teóricamente, sus resultados se valoran como excelentes cuando reduce en 80 %, la significación para el paciente de los factores psicosocioculturales que incidieron y, desgraciadamente, inciden siempre sobre él. De ahí la importancia de las fases subsiguientes.

Seguimiento. Esta fase está orientada a reforzar la conciencia en el paciente de que si reinicia el consumo, se reinstalan, de inmediato, todas las manifestaciones presentes al iniciar su tratamiento; implica la programación inicial de consulta psiquiátrica mensual y se crean las condiciones para que estas se espacien coincidiendo con la vinculación del adicto al grupo de ayuda mutua para alcohólicos (GAMA) o al

grupo institucional de alcohólicos (GIA) o alcohólicos anónimos (AA) con lo que se inicia la fase de ayuda mutua (86).

Debe recordarse siempre que el clímax de un tratamiento exitoso es lograr que este aspecto sea tomado en cuenta por el paciente hasta el fin de sus días, su olvido o subvaloración, resulta, sin dudas, la más frecuente causa de recaídas a nivel mundial.

Ayuda mutua. *En la que* mediante la inversión progresiva del papel desempeñado en la etapa de consumo, se habrá logrado la transformación de recibidor de ayuda a ofertador de ayuda en materia de adicciones, situación que refuerza, notablemente, su decisión de abstinencia, la asistencia a grupos de autoayuda no debe ser menor de una vez por semana.

Modelo de Prochaska Di Clemente y Norcross

Al valorar las etapas evolutivas del drogadicto antes, durante y después del tratamiento, Prochaska, Di Clemente y Norcross, hicieron, en las últimas décadas, aportes notables en lo referente a la evolución de las personas sometidas a tratamiento por alguna adicción, a punto de partida de sus observaciones clínicas en la atención a pacientes de tabaquismo (87). Lo más significativo es que estas etapas se definen también, muy claramente, en otras adicciones no solo a sustancias químicas, sino también en adicciones comportamentales o sociales al sexo, al juego, a la televisión y a Internet (88).

La relevancia práctica de estos aportes está en que constituyen una magnífica guía operativa para programar los esfuerzos del equipo, para que estos sean concordantes con la fase presente en el paciente. Como ejemplo puede señalarse lo erróneo de preocuparse por la prevención de recaídas en un paciente que aún no ha superado la fase precontemplativa y carece de crítica alguna sobre su problema (89).

Sus categorías evolutivas son interesantes y permiten comprender algunas conductas que han sustentado los errores de apreciación popular de que los drogadictos especialmente los alcohólicos y consumidores de otras drogas que afectan en grado importante la conciencia la personalidad y la conducta, son desalmados, egoístas, indolentes y de escasos valores humanos.

El modelo de trasteórico de Prochaska y colaboradores plantea la existencia de cinco fases en la rehabilitación de adictos: fases precontemplativa, contemplativa, preparatoria, de acción y de prevención de recaídas

1. Precontemplativa: en efecto, quien valora la conducta de un adicto en esta fase que, en estos grupos, se simboliza con quien comienza a hundirse en una ciénaga y no es capaz de percatarse de eso, por tener una banda sobre los ojos, llega a considerarlo una mala persona, si no toma en cuenta que el primero que desconoce lo que está ocurriendo es el propio paciente hasta que este, gracias a sus vivencias negativas, o a la confrontación de familiares y amigos, pasa a la fase contemplativa.
2. Contemplativa: en esta etapa ya se establece la conciencia de que hay un problema que debe superarse y un poco después aparece la etapa preparatoria.

3. Preparatoria: durante esta etapa las reflexiones del paciente hacen que se establezca una situación de ambivalencia hacia el tóxico; es decir, que por una parte atrae y por otra resulta rechazado, en cierto grado, como si la persona estuviese en un serio conflicto de intereses entre dos fuerzas que tiran en sentido opuesto. Cuando se supera esta fase se entra en la fase de acción.
4. De acción: aparece la abstinencia prolongada y un importante cambio en el estilo de vida. Se produce la tan ansiada por la familia, separación de los amigos consumidores y comienzan o se reactivan las actividades escolares, laborales, deportivas o culturales secas. Se consolida el reconocimiento de la importancia de la abstinencia y se pasa progresivamente a la fase de prevención de recaídas.
5. Prevención de recaídas: representa el objetivo, máximo y final, a la que se aspira, ya que el paciente debe tener pleno conocimiento de que como toxicómano que es, recaerá, si reinicia el consumo del tóxico.

Es por eso que resulta tan trascendente el insistir en *que los toxicómanos no se curan, sino que se rehabilitan, pues existirán siempre mecanismos facilitadotes que determinarían una evolución catastróficamente rápida hacia la esclavitud en solo unos días, si se consume la droga de nuevo.*

De no hacerlo así, el toxicómano podría pensar que como estuvo varios años consumiendo alcohol u otros tóxicos antes de llegar al caos, piensa que luego de varios años de abstinencia, al reiniciar el consumo, la llegada al caos demoraría otra vez varios años. Este formidable error se explica por el desconocimiento de los mecanismos que dejan una huella en el sistema nervioso y en todas las células del organismo. Es por eso que, ante el primer consumo, se desencadena el mecanismo llamado *priming* y, reiteradamente, comentado durante el tratamiento, cuya expresión clínica es el deseo imperioso de continuar el consumo basado en una reacción en cadena a nivel molecular, que conduce, de modo indefectible, a la recaída. Se cumpliría así el señalamiento surgido de la práctica de alcohólicos anónimos (AA): "para un alcohólico un trago es demasiado y mil, no son suficientes".

Definitivamente la única opción es la abstinencia de por vida de todas las drogas capaces de modificar el comportamiento (90).

En esta experiencia, cuando el paciente alcanza la fase contemplativa y establece la firme convicción de que ha caído en una trampa de la que tiene que liberarse; es decir, una vez que concluyó la luna de miel y se superaron todos los mecanismos defensivos para negar su situación, dio, aún sin saberlo, el paso más trascendental de su rehabilitación. A partir de entonces los esfuerzos psicoterapéuticos serán orientados a desactivar los mecanismos de matiz obsesivo compulsivo, presentes en la mayoría de los adictos (91) y a la reintegración cognitiva (92) que serán tanto más efectivos en cuanto se apoyen en la inteligencia emocional de quien recibe la ayuda psicoterapéutica (93) y tengan como contexto operativo la dinámica psicológica del adicto (94).

Esta dedicación, por más de un tercio de siglo a la asistencia de adictos, permite establecer que, una vez alcanzada y consolidada la fase contemplativa y establecido

el sincero deseo de "salir de la trampa", la rehabilitación ya está garantizada, *aunque dicho propósito será solamente alcanzado desde el primer tratamiento por 40 % de los que arriban a esta conclusión. El resto lo logra en más de un intento por sinceros que estos sean* (78).

El conocimiento de este pronóstico, lejos de facilitar la posposición de la lucha, debe pautarse por el principio de que *cualquier actitud pasiva pueda, además de la reiteración de las tragedias inherentes a las recaídas, determinar consecuencias tan trágicas que luego de estas, para nada serviría rehabilitarse.* Se habla en nombre de las esposas, padres, hijos y hermanos que, a escala mundial, han perdido la vida a manos de seres queridos sometidos a la influencia de drogas, y de los que, en la flor de su edad, han sufrido el desencadenamiento de gravísimas enfermedades psiquiátricas a las que estaban predispuestos y que jamás se hubiesen manifestado sin la ayuda de las drogas.

Indicadores de la proximidad de la fase de ayuda mutua

Una vez cumplimentados los principios, consideraciones y objetivos del proceso psicoterapéutico mediante los recursos adecuados, y a partir de la profunda relación interpersonal técnica de ayuda lograda en las entrevistas individuales y de grupo, es necesario un balance de los logros alcanzados para definir el momento en que el seguimiento debe delegarse a los grupos de autoayuda GAM, GAMA, GIA, AA o NA.

En este acápite se proponen destacar las metas alcanzadas en ese proceso que ya se ha observado, tiene mucho de escuela, mucho de ósmosis bienhechora y, sobre todo, mucho de cohesión y presión del nuevo grupo de referencia implícito en los colectivos psicoterapéuticos y los de ayuda mutua.

Los indicadores que se proponen se refieren a que el paciente adicto haya:

1. Alcanzado un nivel básico de conocimientos sobre las raíces de su enfermedad, los mecanismos patogénicos, sus manifestaciones clínicas, las modalidades de dependencia, la relevancia del ciclo objeto necesidad, las minas de contacto y la imposibilidad de aprender a consumir con control.

   En este servicio se comienza por desarrollar pequeños cursos asequibles a los toxicómanos donde se aborda, desde el mecanismo de acción a nivel sináptico hasta las complicaciones, así como los distintos tipos de dependencia y manifestaciones clínicas. Evolutivamente, se ha acercado lo más posible, el programa de actividades al modelo enseñanza aprendizaje y organizado con principios pedagógicos, el orden de impartición de los contenidos que se han de debatir en grupos psicoterapéuticos y la asociación coherente de temáticas en los diferentes tipos de actividades psicoterapéuticas diarias, con el propósito de garantizar el abordaje de aspectos fundamentales para cumplir con principios cognitivo-conductuales (78); sin olvidar la trascendencia de los intercambios de vivencias, sin los cuales se olvidaría que lo más efectivo en el tratamiento es

lo afectivo so pena de quedarse a un nivel superficial de intelectualización, insuficiente para cambiar actitudes y formar sólidas convicciones.

2. Logrado una comprensión profunda de las vías patogénicas de su toxicomanía, así como de la posible combinación de estas o superposición evolutiva, como ocurre con los mecanismos de evasión secundaria que se establecen durante el curso de la toxicomanía en pacientes de patogenia sociocultural, hedónica o asertiva.
3. Establecido convicciones y actitudes agodistónicas con respecto al tóxico (en muchos países esta condición se exige como requisito para iniciar el tratamiento); en Cuba se han ayudado también a pacientes egosintónicos, aunque su pronóstico, en esta etapa, es menos favorable y el logro de la egodistonía requiere notables esfuerzos del colectivo terapéutico. Y, en ese sentido, es muy conveniente la interacción con adictos que presentan comorbilidad psicótica (doble diagnóstico).
4. Incorporado conocimientos básicos de los mecanismos de aprendizaje condicionado, instrumental, repetitivo e imitativo.
5. Delimitado los efectos nocivos determinados por el tóxico en los niveles biológico, psicológico, social, cultural y espiritual.
6. Concientizado el riego de recaídas implícito en las situaciones tentadoras como invitaciones, reuniones con antiguos compañeros de consumo, conversaciones egosintónicas sobre los tóxicos, visitas a barrios y lugares de expendio, antiguos sitios de consumo, música *rock*, frustraciones interpersonales, estados depresivos y otros. Todos esos factores de riesgo máximo a los que se denominan, a manera de símil, minas de contacto.
7. Eliminado la jerga típica del toxicómano.
8. Reforzado sus convicciones sobre los notables beneficios que se derivan de la abstinencia y de alcanzar la categoría de triunfador ante las drogas.
9. Ganado conciencia de posibles aspectos dinámicos subyacentes sobre todo, en casos evasivos, asertivos y sintomáticos.
10. Logrado extinguir los condicionamientos reforzantes del consumo y establecido los que se oponen a este.
11. Modificado los esquemas cognitivos inespecíficos determinantes de inseguridad, ansiedad o frustración y los de carácter específico como la falsa apreciación de que el no consumir alcohol es una conducta anormal o que no se puede vivir sin consumir droga alguna.
12. Superado, en su totalidad, la tríada cognitiva-depresiva, tan frecuente en los toxicómanos que afecta su valoración de ellos, de su entorno y su futuro.
13. Desarrollado en forma progresiva su autocontrol.
14. Resuelto sus conflictos familiares.
15. Sido entrenado en utilizar los diferentes recursos o armamentos aportados para enfrentar las situaciones inductoras del consumo.
16. Desarrollado los mecanismos idóneos para enfrentar con éxito las inevitables manifestaciones de desconfianza, por parte de sus familiares durante el primer año de abstinencia.

17. Modificado, de modo sustancial, su estilo de vida a otro donde la droga no tiene cabida, y donde las nuevas metas trazadas tengan la firmeza adecuada.
18. Sido, firmemente, convencido de que es toxicómano y siempre lo será en caso de reiniciar el consumo, pues la utilización social (luna de miel) con los tóxicos jamás se recupera una vez que se llegó a la condición de toxicómano (luna de hiel) y de haberse establecido la huella o memoria celular.
19. Comprendido la importancia de la planificación y ejecución sistemática de actividades para ocupar el tiempo libre, donde el trabajo, el deporte, los ejercicios físicos y las recreaciones sanas, así como los comportamientos orientados al resarcimiento de los sufrimientos, determinados a los seres queridos en la etapa de consumo, desempeñan una función básica.
20. Estar en condiciones para establecer un vínculo de pareja estable.
21. Haber incrementado su sentido de responsabilidad.
22. Estar consciente de la importancia del seguimiento profesional y de los grupos de autoayuda.
23. Haberse preparado, implícitamente (gracias a la observación del manejo terapéutico de otros pacientes), para no derrumbarse ante un posible desliz o recaída.

La conquista de estos propósitos depende, en gran parte, de las características de personalidad, vocación, conocimientos y entrenamiento específico del equipo terapéutico, así como de la utilización programada de los recursos estudiados que utilizará, tanto en el contexto individual, como en el de los grupos psicoterapéuticos, alternos y de autoayuda.

Consideraciones sobre la atención psicoterapéutica de adictos con doble diagnóstico

Las demandas asistenciales integrales de este grupo de pacientes ameritan que estas se aborden, especialmente, pues por la alta frecuencia de estas afecciones dobles y hasta triples cuando se añade el sida, así como por las imbricaciones patogénicas de estas, se erigen, en la actualidad, como un problema mundial de salud de muy difícil solución, tanto preventiva, como rehabilitatoria.

Cuando Huffland acuñó el término dipsomanía, estaba muy lejos de saber que el mismo se recogería en la historia de la medicina como el primer doble diagnóstico en el campo de las adicciones al referirse a dos afecciones concomitantes, la fase depresiva de la entonces llamada psicosis maníaco-depresiva y el alcoholismo. Posteriormente, Alonso Fernández, el prestigioso adictólogo español habló del bebedor enfermo psíquico (30), hasta que el desarrollo clinicoepidemiológico condujo a la cristalización actual del término doble diagnóstico que se emplea para designar la combinación en el mismo paciente, de un trastorno mental relevante, por lo general, de nivel psicótico y un trastorno por uso de sustancias psicoactivas. Su paradigma mundial es la asociación de la adicción a sustancias psicoactivas y la esquizofrenia.

La delimitación conceptual de esta constelación supranosográfica doble diagnóstico exige la presencia simultánea en el adicto, de otro diagnóstico representativo de una categoría clasificatoria, ajena a las adicciones, por lo que excluye los cuadros de adicciones asociados a complicaciones de estas como ocurre en el alcohólico que presente una alucinosis alcohólica (29).

Entre las características más importantes de esta doble manifestación clínica, está la potenciación recíproca de ambas afecciones, con la consecuente agravación de la psicosis por el consumo y de la adicción por la afectación cognitivo-afectiva-conativa, implícita en las psicosis de curso crónico u otro trastorno con autonomía nosográfica como los trastornos por déficit de atención e hiperkinesia (TDAH) identificada, en la actualidad, como una de las más frecuentes comorbilidades en las adicciones (95). Su resultado final determina notable resistencia a los esfuerzos terapéutico rehabilitatorios y exigencias especiales para el equipo y los familiares (79).

Aún cuando existen, mundialmente, estudios de prevalencia con resultados muy disímiles que fluctúan entre 3 y 15 %, cuando de esquizofrenia como comorbilidad se trata (96), debe destacarse que más de 50 % de los esquizofrénicos presentan historia de abuso de sustancias (97).

Mercedes Grullón en un estudio desarrollado en Curazao hizo evidente la alta frecuencia del doble diagnóstico de esquizofrenia en adictos a la marihuana y cocaína y la alta demanda de hospitalización, por parte de dichos pacientes (98).

Herrero reportó 42,5 % de comorbilidad esquizofrénica en cocainómanos (99) y Mauri, reportó 34,7 % de comorbilidad adictiva en pacientes esquizofrénicos en su primera hospitalización, así como una eclosión, más temprana, de la psicosis (100); Green reportó que las cifras de comorbilidad de trastornos por uso de sustancias en esquizofrénicos fue tres veces mayor de la registrada en población general (101); Karam y colaboradores registraron 64,9 % de comorbilidad psiquiátrica en enfermos adictos atendidos en el Líbano (102); Wobrock y Soyka informaron 65 % de comorbilidad de trastornos por uso de sustancias en esquizofrénicos (103) y Vázquez Carnero, desde Lisboa, reporta en parricidas 42 % de personas con psicosis y trastornos por uso de sustancias; resultados concordantes con la notable agresividad y destructividad típicas de los enfermos con doble diagnóstico que superan en dicho aspectos hasta a los pacientes con organicidad cerebral de la constelación disrítmica (104). Finalmente Rehman al estudiar 50 esquizofrénicos con abuso de *cannabis* y un grupo pareado de otros 50 sin consumo, demostró diferencias significativas en los primeros con referencia a severidad del cuadro, utilización de los servicios médicos, seguimiento farmacológico y comportamientos agresivos (105).

En otro orden de cosas, Green y Brown (106) (107) destacan, junto a Toterdell (108), la extraordinaria similitud entre los circuitos neuronales y neurotransmisores implicados, tanto en la patogenia de la esquizofrenia, como en las disfunciones neurobiológicas encefálicas de las drogas que modifican el comportamiento.

Similares apreciaciones neurobioquímicas y fisiopatogénicas hizo Scott con relación al trastorno por déficit de atención e hiperkinesia (95).

Pese a ser la marihuana la más vinculada a estas comorbilidades, esta droga es aún, absurdamente, subvalorada y considerada por muchos una droga blanda (109) (11).

A nivel mundial se evidencian tres grandes tendencias con relación a la atención de los dobles y triples diagnósticos.

1. Simultánea de las afecciones.
2. Sucesiva (secuencial) de las mismas.
3. Paralela en triángulo institucional.

En nuestro servicio se sigue la primera proyección y, en base a la experiencia acumulada, se sugiere atender a los pacientes de doble diagnóstico en la misma comunidad terapéutica en que se atienden los enfermos adictos con diagnóstico simple e inclusive junto a algunos enfermos psiquiátricos psicóticos seleccionados por no ser agresivos.

Los objetivos perseguidos por esta mezcla de categorías nosográficas y supranosográficas *siempre que no superen la proporción de 20 % con respecto al total de pacientes en el servicio,* son los siguientes:

1. Utilizar el mecanismo de espejo (junto la información reiterada en forma individual de que uno de los más grandes riesgos del consumo de drogas es el desencadenamiento de enfermedades mentales severas.
2. Auspiciar (y esto es lo más importante) el renacer de la espiritualidad de los pacientes con diagnóstico simple de adicción. Espiritualidad definida en esencia como la virtud de poder asumir como propias las necesidades de otros seres humanos y esta es su conducta habitual cuando logran la sobriedad.
3. Aportar a los enfermos, con doble diagnóstico, el ejemplo y solidaridad de los adictos simples que, además de modelar (proponiéndoselo o no) en lo referente al cumplimiento idóneo de las indicaciones biopsicosociales-culturales y espirituales implícitas en la atención integral de los adictos, influyen, persuasivamente, sobre estos, para que sigan su ejemplo.
4. Facilitar vivencias en las que los pacientes adictos desarrollen su autoconciencia de que, lejos de lo que muchos piensan, ellos son magníficas personas cuando están sobrios, como lo demuestra la práctica cotidiana en cualquier comunidad terapéutica de toxicómanos.

En lo referente al adicto de doble diagnóstico su atención psicoterapéutica incluirá iguales recursos que en otros, pero toma en cuenta la menor responsabilidad de estos dobles enfermos y la necesidad de reiterar, con mucha paciencia, las acciones persuasivas, reflexivas e inspirativas, así como la de destacar el ejemplo del seguimiento del tratamiento, por parte de adictos simples que se erijan como líderes positivos en la comunidad terapéutica.

En cuanto a las indicaciones farmacológicas se coincide, plenamente, con Mas-Bagá, cuando en su editorial de la Revista Toxicomanías y Salud Mental de Barcelona destaca que entre 50 y 80 % de los pacientes con uso crónico de sustancias presentan otras afecciones psiquiátricas y que, en la atención farmacológica

de estas, deben utilizarse los fármacos necesarios sin la antigua limitación de evitar a toda costa aquellos con potencialidades adictógenas (110).

La práctica contemporánea ha hecho evidente la cautela y el uso lo más limitado posible de los fármacos que integran las indicaciones médicas y esto se cumple, de manera muy objetiva, en los adictos con doble diagnóstico.

La evidencia clínica acumulada por décadas demostró que los pacientes epilépticos no hacen adicciones al fenobarbital, ni los tratados por padecer TDAH se adhieren al metilfenidato o similares.

Finalmente, los adictos con doble diagnóstico transitan, como es de esperar, con mayor lentitud por las diferentes etapas de Prochaska y la dificultad mayor se evidencia en la etapa de prevención de recaídas, realidad expresiva de la pasividad y el poco control de impulsos de los portadores de estas y otras comorbilidades.

Capítulo 6

Símiles utilizables durante el proceso rehabilitatorio

Proceso rehabilitatorio a la luz de los símiles

Luego de recomendar a los interesados en profundizar sobre este tema en la lectura del libro *Las adicciones a la luz de la ciencia y el símil* (32), se seleccionan ciertos recursos figurativos que pueden resultar de determinada utilidad comunicacional.

Proceso rehabilitatorio en visión panorámica

En los acápites iniciales del presente libro "propuse utilizar mis experiencias culposas con estos pacientes, en la etapa en que rechazaba la posibilidad de que se tratara de verdaderos enfermos, y de la experiencia catastrófica con el paciente del cuerpo de guardia, que simboliza todos los daños que produje sobre pacientes y familiares producto de mi errónea apreciación inicial".

Se describe, también que, a partir de tanta culpabilidad, se desarrolló un proceso dinámico expresable en forma esquemática como: culpa, necesidad de expresarla mediante catarsis, profundo arrepentimiento, expiación, búsqueda de perdón, esfuerzos por reponer el daño determinado, y hasta sobre compensación de lo mal hecho.

"Pues bien, en nuestra consideración un aspecto medular en la psicoterapia de adictos es auspiciar, guiar por medios inspirativos-persuasivos, y acompañar, sentimentalmente, a los enfermos durante el *vía crucis*, implícito en reconocer la tragedia familiar en curso, debida a su adicción y, como dice nuestra rehabilitadora psicosocial, licenciada Dolores Fernández Miret, cuanto hacemos los psicoterapeutas y los coterapeutas es, solamente, desplegar la alfombra roja por la que el enfermo y su familia transitarán del sufrimiento a la felicidad".

"Durante dicho recorrido, superan, paso a paso, los múltiples escollos presentes en el camino y esto es, solamente, posible si establecemos con el paciente y sus familiares una relación de verdadera compasividad e involucración y aprovechamos las muchas ósmosis bienhechoras implícitas en las interacciones humanas con fines psicoterapéuticos".

Salida de la trampa de las adicciones

En otro símil, se sugiere que paciente adicto cae en una trampa (la de la adicción) de la que solo es posible salir si acciona, de modo correcto, una combinación similar a la existente en las antiguas cajas de seguridad con disco.

Este símil, que se utiliza en estos grupos psicoterapéuticos expresa, en lenguaje figurativo, la mayor parte de los objetivos del proceso psicoterapéutico con pacientes alcohólicos y los de otras adicciones.

"Le invitamos a las reflexiones siguientes sobre los movimientos a efectuar, *estimulados bajo la influencia directa del equipo y la mediada a través de los familiares y otros pacientes en el contexto comunitario, en los grupos de ayuda mutua o en otras diferentes gestiones de rescate*".

Primer movimiento. Dos vueltas a la derecha y detener el disco en: Alejamiento total y definitivo del consumo de cualquier droga dura, ya que esta deja al enfermo, totalmente, desarmado ante su principal enemigo: la droga. Esta manifestación clínica se expresa con el inmediato *craving* reactivado por el primer consumo luego de una etapa de abstinencia.

El primer objetivo psicoterapéutico es, a diferencia del criterio popular, establecer la firme convicción de decir adiós para siempre a las droga que modifican el comportamiento: "Aprecie el lector que no hablamos de desarrollar *la fuerza de voluntad* del paciente, ya que en realidad (y esto es fundamental), el lograr y mantener la abstinencia, no depende de *la fuerza de voluntad*, sino del establecimiento y continuo reforzamiento, de la firme convicción de que las drogas duras deben desaparecer para siempre de la vida del enfermo y que las únicas sustancias psicoactivas que no actúan como brutales desencadenantes de recaídas son las drogas blandas (café, tabaco, cola, mate y té)".

Esta convicción debe ser reforzada por las vivencias de los grupos psicoterapéuticos y de autoayuda, pero, pese a eso, sucumbe frecuentemente cuando se abandonan dichas actividades y se permite la nefasta acción de las tentaciones implícitas en los antiguos compañeros de consumo.

Es muy importante comentar que, si bien el tabaco no implica riesgo de recaída en la droga dura, debe tenerse en cuenta que dicho tóxico, causa anualmente a nivel mundial mayor cantidad de fallecimientos que la suma de los producidos por el sida, más los determinados por suicidio, más los vinculados a accidentes de tránsito (111) (112).

Segundo movimiento. Cambio sustancial del estilo de vida en todos los aspectos categorizables como factores de riesgo. En efecto, las tendencias hedónicas, el rechazo al estudio o el trabajo, la irregularidad de horarios de sueño y alimentación, la preferencia por recreaciones conductoras al consumo o implícitas en el alejamiento progresivo y total de las responsabilidades y tareas hogareñas, el descuido de la presencia personal y la imagen pública ajena a las pueriles tendencias a la ostentación más absurda, integran ese estilo de vida totalmente insalubre, que caracteriza el estar en el mundo de los pacientes adictos, desde las primeras etapas en que comienza el uso indebido de las sustancias *y debe ser, radicalmente, mo-*

dificado. El factor motivacional más trascendente para lograr este objetivo es la culpa sentida y todo el proceso de expiación y búsqueda de perdón, proceso que es siempre auspiciado por los psicoterapeutas.

Tercer movimiento del disco. Modificar los rasgos negativos del carácter establecidos, durante la etapa de consumo, o presentes desde antes. Este objetivo, trazado a partir del diagnóstico del profesional o del derivado de la intuición de los grupos psicoterapéuticos o de autoayuda, será alcanzado como expresión de esa formidable influencia sobre el comportamiento que se deriva de la cohesión y presión del nuevo grupo de referencia (los pacientes en rehabilitación y el equipo de salud) que sustituye al de los compañeros de consumo, de influencias catastróficas por razones comprensibles.

Cuarto movimiento. Dos vueltas a la izquierda y detener el disco en reponer los daños determinados, durante la etapa de consumo. Este objetivo, debe ser perseguido mediante el planeamiento junto al paciente de un nuevo plan de trabajo que pese a derivarse de las vivencias individuales de cada paciente, presenta elementos comunes que deben ser manejados, tanto en la terapia individual, como en la más efectiva que es la grupal. Este proceso de restitución uno de los más efectivos en la obtención del perdón, se expresa por la denominada gloriosa cuesta arriba de quien sale de la trampa de las adicciones y que aparece en el libro antes mencionado, que se sugiere, a los lectores interesados en desarrollar el lenguaje figurativo de gran utilidad en la psicoterapia de pacientes adictos. De este libro se toma la segunda parte de la historia del cerdito que, por su condición de mascota de muchos méritos acumulados, era devorado por la supuesta familia adoptiva en forma progresiva, es decir, *patica a patica*.

La narración de este símil fue, panificadamente, detenida cuando el cerdito, luego de perder sus cuatro *paticas* (psicológica, social, cultural y espiritual) se revolcaba en el estiércol, mientras progresaba la destrucción del resto de su organismo (corazón, cerebro, hígado, órganos genitales y sistema inmune). Aspectos todos que simbolizaban la evolución de los adictos antes de acudir en busca de ayuda profesional.

Es durante el proceso rehabilitatoria que se produce la reparación de todos los daños determinados en la etapa de consumo.

Esforzada, pero gloriosa cuesta arriba de la rehabilitación

"Veamos qué le ocurre al *cerdito* que luego de perder sus *paticas* se revolcaba en el estiércol. Pues bien, durante el proceso rehabilitatorio y su participación en grupos de autoayuda como el GAMA u otros como los GIA, AA o NA, *ocurre el milagro* de que las *paticas mutiladas* por las drogas, comienzan a *rebrotar* en el orden corporal (mejoran los daños viscerales internos), psicológico, social, cultural y espiritual, pero esas *paticas* no se quedan en la dimensión original, pues siguen creciendo hasta alcanzar el tamaño de las patas de una jirafa. Es fácil comprender que mientras más largas sean las patas, más se aleja el antes *cerdito* de sus deyecciones. Es por eso que el *adicto rehabilitado* que antes fue señalado con el

cartelito de *perdedor*, deviene ahora ejemplo de esposo, compañero, padre, vecino y trabajador gracias a su empeño por reponer el daño que produjo en la etapa de consumo".

Cartelito que, afortunadamente, se destiñe para siempre

El texto del cartel de perdedor, poco a poco, va destiñéndose gracias a la sobriedad y, finalmente, da paso a otro, donde en letras mayúsculas puede leerse "triunfador". A veces se ha dicho que la verdadera misión social de quienes se involucran en la rehabilitación de un adicto, desde el rol familiar, amigos y miembros del equipo de salud, puede considerarse la corrección de cartelitos.

Lo importante es que la satisfacción por haber vencido a las drogas, produce mucho mayor bienestar que la alegría artificial que estas producían. Este trueque tan favorable, es lo que explica que miles de millones de adictos hayan logrado a través de la historia, la sobriedad permanente.

Transformación del índice acusador

En forma más o menos explícita, según el grado en que la catástrofe de la adicción haya afectado su imagen social, el paciente toxicómano durante su etapa de consumo está, inexorablemente, señalado por un índice acusador y despectivo, cuya dirección es hacia abajo, por sentirse los críticos en posición de superioridad. Los dolorosos términos de borracho de mierda, marihuanero, cambolero, drogadicto perdido y otros del mismo estilo, expresan el notable rechazo inspirado hasta que llega la luz de la rehabilitación y, durante esta y gracias a los procesos que ahora se reiteran, planificadamente, de culpa, necesidad de catarsis, expiación, búsqueda de perdón, reposición, deshacer, compensación y sobrecompensación, el índice acusador va, de manera progresiva e imperceptible, cambiando de dirección hacia la horizontal, expresando que ya se considera al adicto, gracias a sus avances, como un igual y los progresos sucesivos determinan que llegue a proyectarse hacia arriba en señal de reconocimiento, respeto y admiración. De manera que estos que pronunciaban frases despectivas destacan ahora otras características como: ¡qué clase de hombre! ¡Como ha superado su problema! Ahora es un ejemplo de padre, esposo, trabajador, vecino y ciudadano! Entonces la tormenta habrá quedado atrás para siempre.

La reflexión sobre este logro permite entender que el premio final obtenido, gracias al esfuerzo rehabilitatorio del paciente y su familia, vale mucho más que la efímera alegría artificial determinada por el alcohol y otras drogas.

Este proceso explica, además, que a través de los seis mil años de historia de las drogas, *miles de millones de seres humanos hayan padecido adicciones y se hayan liberado de estas para siempre.*

Pensamientos malolientes

Cuando un paciente adicto se deja convencer por sus propios pensamientos malolientes (*Stinky thinking*), y consume para ver si ya recuperó el control, está haciendo, precisamente, lo contrario de lo logrado durante su rehabilitación, es decir, está retirando la barrera que impedía el tránsito en la carretera de alta velocidad que las drogas habían construido, carretera que desde luego mantiene, y mantendrá para siempre, sus condiciones para facilitar el tráfico a velocidades vertiginosas, por lo que, en muy breve tiempo, se habrá perdido todo el esfuerzo anterior y será necesario otro proceso rehabilitatorio que permita imponer de nuevo la barrera, hasta que la propia vida le convenza de que una vez adicto siempre se es adicto si hay nuevos consumos.

Suplicio de Sísifo

Cuando un adicto aparentemente rehabilitado se deja llevar por los pensamientos malolientes o por la persuasión de un amigo enfrenta, mientras no decida lo contrario, el suplicio de Sísifo en el infierno, personaje mitológico que fue condenado, eternamente, a llevar una inmensa roca, con sus propias manos, hasta la cima de una montaña, pero cuando alcanzaba la cúspide, la descomunal piedra era lanzada, de nuevo, al llano por una fuerza infernal, orientada a que Sísifo reiniciara la tormentosa tarea

Cuando el adicto logra abstenerse y comienza a reponer los daños, debe garantizar que esa roca que, con magnífico esfuerzo, estaba llevando al lugar propuesto, se apuntale firmemente, para que ninguna fuerza infernal pueda hacerla caer de nuevo. El secreto está en evitar, a toda costa, las minas de contacto, y aprender a decir no a las drogas modificadoras de la conducta, en cualesquiera de sus formas y perseguir salir de la trampa para siempre, desde el primer esfuerzo rehabilitatorio, meta que alcanza 40 % de quienes ya están, realmente, en pie de lucha. El resto lo logrará en otros tratamientos, pero también triunfarán.

Isla volcánica

En el resto de los pacientes, es importante dejar establecido, que los esfuerzos rehabilitatorios realizados en diferentes equipos de atención no se han perdido, ya que cada uno de ellos se comporta en forma similar a las islas volcánicas que emergen del fondo del océano, luego de varias erupciones, que en forma sucesiva van dejando un sedimento rocoso que posibilita, finalmente, el nacimiento de la isla que, con el tiempo, se hace cada vez más fértil.

Siempre se afirma que a veces un equipo rehabilitatorio tiene la suerte de ayudar a un adicto, cuando los beneficios acumulados de otros tratamientos están a punto de aflorar y que otras veces, pacientes que han recibido la ayuda llegan a otros equipos con similar situación y triunfan.

De todas formas, cualquiera que fuese la vía seguida para liberarse de las drogas, ninguna persona que participe en el proceso debe llevarse por la apreciación narcisista de que el mérito le corresponde, de manera individual, ya que, para que sea exitoso el proceso, deben participar muchas personas desde diferentes papeles, aunque la fuerza más poderosa es, justamente, la presión positiva que ejerce un grupo de ayuda mutua bien conducido, y el fortalecimiento progresivo de la conciencia del paciente.

Cada uno de los que ofrecen su ayuda solidaria pone un granito de arena y, sin duda alguna, el granito más grande lo pone el propio paciente, que lleva sobre su pecho el mérito de al menos 90 % de los logros alcanzados. La más importante misión del equipo profesional y técnico es canalizar todos los aportes para que lleguen al adicto, que nunca podrá consumir y controlarse (ni falta que hace después de tantas tragedias), pero sí podrá abstenerse para siempre del consumo. Recordar que la misión básica del equipo institucional es posibilitar la alfombra roja por la que el paciente y su familia caminen hasta disfrutar de la sobriedad.

Recuperación a la luz de la ciencia y el símil

Como antes se afirmó, al consolidarse el firme propósito de rehabilitarse, se inicia un camino ascendente hacia la recuperación, que transita esta vez, en orden inverso de lo corporal a lo psicológico, social, cultural y espiritual con posibilidades plenas de lograr la recuperación psicosocial, cultural y ético deontológica, pese a mantener hasta el fin de su existencia la memoria celular, determinada por el efecto molecular del consumo prolongado, e inscripta para siempre en al ADN de la totalidad de las células que integran el organismo del adicto, mediante la liberación y el consecuente proceso de transcripción y traducción, viabilizado por genes tempranos e inmediatos (*early inmediate genes*) inducidos a la acción (expresión génica*) por mecanismos similares a los que graban, para siempre, en la memoria de las víctimas de experiencias catastróficas las terribles vivencias que generan los trastornos de estrés postraumático.*

Inactivación de las minas de contacto

Dicho en otros términos, el proceso rehabilitatorio y el transcurso del tiempo en abstinencia, determinan la extinción de muchos aprendizajes que por mecanismos instrumentales o condicionados juegan papel relevante en la etapa de consumo. El ejemplo más nítido de estos aprendizajes son las minas de contacto, que llegan a extinguirse, totalmente, al transcurrir más de 2 años como promedio. Lo que no se extinguirá nunca es la memoria celular que identifica, de inmediato, la sustancia consumida y desencadena los mecanismos infernales de la sensibilidad perpetua, y no discriminativa, a todas las drogas que afectan el comportamiento. Este nuevo consumo reactiva, de inmediato y en forma inevitable, el sistema de las gratificaciones que fue sensibilizado durante las etapas de consumo (78).

Estas realidades moleculares y bioquímicas son las bases científicas de que *una vez adicto,* se mantendrán las tragedias, *si se reitera el consumo y* lo son también del principio universal de que *la única salida del adicto, que por cierto han utilizado, exitosamente, miles de millones de personas a través de la historia de la humanidad, es la abstinencia perpetua,* pues pese a que el adicto *no será capaz de consumir con control, sí lo es, y será siempre, capaz de no consumir mientras dure su existencia* y de recuperar, también para siempre, su imagen familiar, laboral, y comunitaria, así como de saber apreciar la enorme satisfacción espiritual derivada del deber cumplido ante sí mismo, sus convivientes y conciudadanos.

Fenómeno dominó y el retroceso

Con independencia del tiempo de abstinencia, logrado durante el proceso rehabilitatorio, si el paciente sucumbe ante sus pensamientos malolientes o ante los inducidos por sus compañeros de consumo, la barrera que, voluntariamente, cerró el tránsito por la carretera de alta velocidad *construida para siempre por las drogas, habrá sido retirada y, a partir de entonces,* las drogas, que estuvieron siempre al acecho de ese error, reinician su tránsito a las velocidades habituales. Se desencadena así, el *priming* que es el mecanismo que explica que para un toxicómano un consumo es demasiado y mil no son suficientes.

Este mecanismo en algo parecido a los que explican la alergia a la penicilina se denomina también fenómeno dominó en alusión a lo que ocurre en una fila de fichas de dominó, cuando se cae la primera. De esa manera, la realidad clínica echa por tierra la ingenua apreciación del adicto acerca de que cuando inició el consumo en su juventud, tardó varios años en esclavizarse y que por tanto, al hacerlo después de años de abstinencia el regreso de las tragedias debía tardar un tiempo similar. No contaba con la carretera construida que se mantiene en magníficas condiciones para reabrirse al tránsito.

En nuestra experiencia se tienen dos casos de más de 20 años sin probar el alcohol u otras drogas que experimentaron el fenómeno dominó con su crudeza característica, pero en la literatura internacional se reportan casos con más de 40 años de abstinencia total que recayeron de inmediato, al reiniciar el consumo. *La primera ficha había sido derribada.*

Proceso rehabilitatorio en el símil del boxeo

La lucha del adicto por recuperarse, recuerda la situación de un boxeador que se enfrenta a un enemigo de potente pegada y magnífica técnica de combate al que no puede bajársele la guardia, so pena de perder la pelea y aceptar, nuevamente, el suplicio de Sísifo.

La guardia en alto equivale a conocer con toda profundidad las tácticas del enemigo y sus fortalezas, aspectos que en la práctica rehabilitatoria se expresan

por la capacidad para identificar, de inmediato, las minas de contacto y por desarrollar la firme convicción de decirle siempre no, a las drogas. ¡No hay otra opción!

"Reiteramos el mensaje: un adicto jamás podrá aprender a consumir con control pues eso es, corporalmente, imposible, pero, si aprende a no consumir más, pues eso depende de su convicción de abstinencia y la convicción de abstinencia depende de las vivencias que, durante el tratamiento, le convenzan de que la única puerta de salida inicia su apertura con la abstinencia".

Referencias bibliográficas

1. WHO 2002. *The world health report 2002. Geneva*. World Health Organization.
2. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington DC. 2005.OPS.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol 2004. Geneva. World Health Organization.
4. GONZÁLEZ, R. "Significación médico social y ético humanística de las drogas" *Rev Cubana de Salud Pub*. 2007;33(1):PDF.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Neurosciences of psychoactive substance use and dependence*. Geneva. World Health Organization, 2004.
6. ROLLAND, R. *Juan Cristóbal*. Ediciones Huracán. Editorial Arte y Literatura. La Habana, 2001.
7. GONZÁLEZ, R. *Tácticas de enfrentamiento a las drogas blandas y duras*. La Habana. Editorial Científico Técnica (en proceso de edición).
8. U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *National survey on drugs use and Health*.Washington D.C. 2004.
9. HERRERO, M.; DOMINGO-SALVANY, A. "Psychiatric comorbidity in young coacaine users: induced versus independent disorders" *Addiction*. 2008;103(2):284-93.
10. RODRÍGUEZ-LLERA, MC.; DOMINGO-SALVANY, A."Psychiatric comorbidity in young heroin users" *Drug-Alcohol Depend*. 2006;84(1):49-55.
11. GOUZOULIS-MAYFRANK, E.; "Dual diagnosis psychosis and substance use disorders: Theoretical foundations and treatment" *Z Kinder Jugenpsychiatric Psychother*. 2008:36(4):245-53.
12. ARCE, S. *Inmunología clínica y estrés*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas. 2007.
13. GONZÁLEZ, R. *La psicología en el campo de la salud y la enfermedad*. La Habana. Editorial Científico Técnica 2005.
14. GONZÁLEZ, R."Significación médico social y económica del uso indebido de alcohol". *Rev del Hosp Psiq Habana* (en proceso de edición).
15. PERUGA, A."El consumo de substancias adictivas en las Américas" *Adicciones*. 2002;14(2):227-38.
16. CHANG, M.; CAÑIZARES, M.; SANDOVAL, J.; BONET, M.; GONZÁLEZ, R. "Características del consumo de bebidas alcohólicas en la población cubana". *Rev del Hosp Psiq Habana*. 1988;39(3):257-63.
17. GONZÁLEZ, R.; ÁVILA, A.; DURÁN, J.; NUFIO, E.; VÁZQUEZ, A.; MARTÍNEZ, N. "El dependiente alcohólico a los 5, 12 y 20 años del egreso. *Rev del Hosp Psiq Habana*. 2006;3(3):PDF.
18. BATLLE, J. *José Martí. Aforismos*. La Habana, Editorial. Centro de estudios martianos. 2004.
19. GONZÁLEZ, R. *Humanismo, espiritualidad y ética médica*. Editora Política. La Habana 2005.
20. GONZÁLEZ, R. "La unidad bio-psico-socio-cultural y espiritual del hombre. Significación en la formación médica". *Rev del Hosp Psiq Habana* 2004;1(1):PDF.
21. ROSES M. "La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas". *Rev Panamer Salud Pública*. 2005;18(4-5):223-5.

22. Rehm, J., Monteiro, M."Alcohol consumption and burden of desease in the Americas: Implications for alcohol policy" *Pan American Journal of Public Health*.2005;18(4-5):241-48.
23. González, R. *Tabaco, medicamentos y alcohol. Las drogas bajo piel de cordero*. La Habana, Editora, OPS. 2010.
24. Hurd, Y. "Perspectiives on current directions in the neurobiology of addiction disorders relevant to genetic risk factors". *CNS Spectrums*. 2006;11(11):855-62.
25. Hoppes, K. "The application of mindfulness based cogniitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders" *CNS Spectrums*. 2006;11(11):829-51.
26. Rousanville, B.J. DSM-IV Research agenda substance abuse psychosis comorbidity" *Schizophrenia Bull*. 2007;33(4):947-52.
27. Green, A.I. Brown, E.S. "Comorbid schizophrenia and substance abuse" *J Clin Psychiatry*. 2006:67(1):1-8.
28. Rehman, I.V.; Farooq, S. "Schizophrenia and comorbid self reported cannabis abuse: Impact on course, functioning and service use". *J Pakml Assoc*. 2007;57(2):60-4.
29. Otero, A. *Glosario cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades*, Capítulo v, GC-III, La Habana, Edit. Hospital Psiquiátrico de la Habana 2005.
30. González, R. "Significación social global del uso indebido de drogas". *Rev Cubana de Salud Pub*. 2010,36(1):PDF.
31. González, R. *Alcoholismo. Abordaje integral*. Santiago de Cuba. Editorial Oriente, 2005.
32. González, R. *Las adicciones a la luz de la ciencia y el símil*. Caracas. Editorial José Félix Ribas. 2008.
33. González, R. *Curso para familiares y consejeros de adictos*. Caracas. Editorial José Félix Ribas. 2009.
34. Zorrilla, J. *Don Juan Tenorio*. Biblioteca Virtual Cervantes, 2002.
35. González, *R. Prevenir, detectar y vencer las adicciones*. La Habana. Editorial Científico-Técnica, 2006.
36. Acarín, N. *El cerebro del Rey*. La Habana. Editorial Científico-Técnica 2008.
37. Lázaro, J., Gracia, D. "La relación médico-enfermo a través de la historia". *Anales Sis San Navarra*. 2006;.29, ISSN 1137-66272.
38. González, R. *Relación equipo de salud, paciente/familiar*. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2007.
39. González, R. "La relación equipo de salud-paciente-familiar" *Rev Cubana de Salud Pública*. 2006;32(3): PDF.
40. González, R. "La relación equipo de salud-paciente-familiar cuando la muerte acecha" *Rev Cubana de Salud Pública*. 2006;32(2):PDF.
41. González, R. "Colecivo moral y relación usuario institución" *Rev Cubana de Salud Pública* 2009,35(3).
42. Laín Entralgo, P. *El médico y el enfermo*. Madrid. Editorial Triacastela. 2003.
43. Moreno, M. "Ética, tecnología y clínica" *Rev Cubana de Salud Pública*. 2006;32(4):PDF.
44. Llorens, J. "Ética y educación en los servicios de salud" *Rev Cubana de Salud Pública*. 2006;32 (4):PDF.
45. Espinosa, A. "La ética en el pase de visita" *Rev Cubana de Salud Pública*. 2006;32(4):PDF
46. Haley, J. *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona. Editorial. Toray 1969.
47. Muñoz, R.; Eist, H. *People* vs. *managed care*. Washington. Editorial APA. 2000.
48. González, R. "La etapa contemporánea de la relación médico pacientes" *Rev Cubana de Salud Pública*.2004;30(2):PDF.

49. KARASU T. "Psychotherapies an overview". *The American Journal of Psychiatry*. 1977;134(8):851-6.
50. VALLEJO, J. *Introducción a la Psiquiatría*. 10ma edición, Barcelona. Editorial Científico Médica. 1980.
51. CÓRDOBA, A. *Algunos aspectos filosóficos, teóricos y prácticos de la Psiquiatría*. La Habana. Editorial Científico-Técnica, 1979.
52. DELGADO, H. *Curso de Psiquiatría*. 6ta. ed. Barcelona. Editorial Científico Médica. 1978.
53. MONSERRAT, S. "Tratamiento Psicoterapéutico". En Pons, P. *Patología y clínica médicas*. Barcelona. Editorial Salvat. 1969.
54. Bustamante, J. *Psiquiatría*. La Habana. Editorial. Científico-Técnica. 1972.
55. Gallo, G. *La gnoseología, la lógica y la metodología de la dialéctica Marxista leninista como fundamento teórico práctico de la psicología y la psiquiatría, La Habana*. Editor: Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1979.
56. GONZÁLEZ, R. "Los efectos placebo de la relación médico paciente". *Rev Cubana Med Gen Int.* 2004;20(5-6):PDF.
57. AMARO, G. *Valoración de un modelo de comunidad terapéutica. Criterio de pacientes y familiares*. La Habana. Edit Hospital Psiquiátrico de la Habana, 1980.
58. GONZÁLEZ, R.; DONAIRE, I. "El token economy. Resultados de su aplicación en una comunidad terapéutica". *Revista ABP-APAL*. 1998;18(3):91-5.
59. GONZÁLEZ, REC. DONAIRE, I. "La psicoterapia en nuestro medio: Un criterio y algunas experiencias". *Revista del "Hospital Psiquiátrico de La Habana"*. 1983;24(2):167-78.
60. GONZÁLEZ, R., DONAIRE, I; AMARO, G. "Terapia por el medio y psicoterapia en nuestras instituciones de rehabilitación". *Revista del "Hospital Psiquiátrico de La Habana"*. 1983;24(3):393-406.
61. GONZÁLEZ, R. "Chemical addiction care. Experiences in Havana Psychiatric Hospital". *Addictive Disorders and Their Treatment*. 2005;4(4):139-44.
62. WELLES. H. *Sigmund Freud*.Buenos Aires. Editorial Platina, 1963.
63. WELLES, H. IVAN, P. PAVLOV. Buenos Aires. Editorial Platina,1963.
64. GONZÁLEZ, R. "La relajación como recurso psicoterapéutico comunitario". *Rev. del Hosp Psiq Habana*. 1978;29(3):429-40.
65. BASSIN, F. *El problema del inconsciente*. La Habana. Edit. Hosp. Psiq. Habana, 1978.
66. GONZÁLEZ, R. "La psicoterapia de grupo didáctica en adictos hospitalizados. Estudio comparativo de tres variantes". *Rev del Hosp Psiq Habana*. 1985:26(2):220-8.
67. GOICÓLEA, S.; GONZÁLEZ, R.; y MONTESINOS, O. "El condicionamiento clásico aversivo por estímulo eléctrico y, la Ipecacuana en el tratamiento antialcohólico". *Rev del Hosp Psiq Haban.* 1989;30(3):387-98.
68. MENDOZA, L. Y. GONZÁLEZ, R. "El acondicionamiento de escape ante estímulo eléctrico. Su utilidad en el tratamiento del alcoholismo". *Rev del Hosp Psiq Habana*. 1989;29-(4):643-54.
69. GONZÁLEZ, R.; DONAIRE, I., CISNEROS, A.; MATEO, A. "El *Token economy* en la rehabilitación: Comportamiento y apreciaciones de pacientes esquizo-frénicos y alcohólicos". *Rev del Hosp Psiq Habana*. 1988;29(3):361-73.
70. NAVARRO, R. *Cocaína. Aspectos clínicos, tratamiento y rehabilitación*. Lima. Editorial Libro Amigo, 1992.
71. RENTÉ, S.; GONZÁLEZ, R. "La ipecacuana y el disulfiram: Su valoración como recursos aversivos en el tratamiento del alcoholismo", *Rev del Hosp Psiq Habana*. 1989;30(2):257-66.
72. VIDAL, G. "Psicoterapias experienciales". En *Psiquiatría*, de Vidal G. y Alarcón R. Buenos Aires. Editorial Panamericana, 1986.

73. Hurd, Y. "Perspectives on current directions in the neurobiology of addiction disorders relevant to genetic risk factors". *CNS Spectrums*. 2006;11(11):855-62.
74. Hoppes, K. "The application of mindfulness based cogniitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders". *CNS Spectrums*. 2006;11(11):829-51.
75. Acosta, C. "Cine debate terapéutico. Su aplicación en la docencia médica". *Rev del Hosp Psiq Habana*. 1976;17(1):1-18.
76. Morgan, A. *What is narrative therapy? An easy to read introduction*. Dulivich Center Publication. Adelaide. Australia. 2003.
77. Ehrenreich, B; Malterud, K; Hilden, J. "Patients written life stories. A gateway for understanding". *Scand J Prim Health* Care. 2007;25(1):33-7.
78. Hernández, J. "El entorno familiar del paciente alcohólico en nuestro medio". Trabajo para optar por Especialista de I Grado en Psiquiatría. La Habana, Hospital Psiquiátrico "Dr. Eduardo B. Ordaz". 2009.
79. González, E. El entorno familiar del dependiente a la cocaína en nuestro medio. Trabajo para optar a especialista de primer grado en Psiquiatría. La Habana. Hospital Psiquiátrico "Dr. Eduardo Ordaz". 2009.
80. González, R. *Contra las adicciones clínica y tratamiento*. La Habana. Editorial Científico-Técnica, 2005.
81. Amador. J. "Las reflexiones martianas como recurso psicoterapéutico en la rehabilitación de toxicómanos". La Habana. Trabajo para optar por la Especialidad de Psiquiatría. 2006
82. Prochaska, J.; C. Di Clemente and J. Norcross. "In search how people change: Aplications to addictive behaviours" *American Psychologist*. 1992;7(11):1102-14.
83. González, R. ¿Cómo enfrentar el peligro de las drogas? La Habana. Editora Política, 2004.
84. González, R.; Martínez, M.; Vázquez, V.; Bacallao, F. "Estudio comparativo del disulfiram oral e implantable como recursos disuasivos" *Rev del Hosp Psiq Habana*. 1995;36(1)1-6.
85. González, R.; Donaire, I.; Goicolea, S.; Martínez, M. "Seguimiento al año y 8 años de cohortes de alcohólicos tratados con disulfiram oral e implantable. *Rev Adicciones*. 2001;13(3)319-23.
86. Pellegrini, J. *Salud pública y economía política*. Buenos Aires. Editorial Polemos, 2005.
87. Tejero, A.; Trujols, JK. "El modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente: un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas" En J. Graña Editor. *Conductas adictivas: teoría y tratamiento*. 1994. Madrid.
88. González, R. *Terapéutica psiquiátrica integral*. 2da. edición. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2008.
89. Rodgers, F., Mongenstern, J., Walters, S. Editors. *Treating substance abuse: theory and technique new cork*, Guilford Press 2003.
90. González, R. *Temas de autoayuda para adictos y familiares*. Santiago de Cuba. Editorial Oriente (en proceso de edición).
91. Mella, C.; Saviñon, J.; Paredes, P.P.; Jonson, R. *El espectro de los trastornos obsesivos compulsivos*. Santo Domingo. Editorial Buho, 2006.
92. Quinto, S. K.E. El modelo cognitivo conductual Publicación de APAL, Santo Domingo. Editorial Buho, 2008.
93. Martínez, C. *Consideraciones sobre la inteligencia emocional*. La Habana. Editorial Científico-Técnica. 2008.

94. García Penedo, H. *Dinámica psicológica del adicto La Habana*. Editorial Científico-Técnica. 2008.
95. Scott, K. "Genética, neurobiología y neurofarmacología del trastorno por déficit de atención e hiperkinesia (TDAH) *Rev Toxicomanías y Salud Mental* 2009;55(1):19-27.
96. Adrian, M.; Van-Truon, M.; Osasuwo, T. "Measuring levels of comorbidity in drug users emergency patients treated in Ontario. Canada. *Susbs Use, Misuse* 2007;42(2-3):199-224.
97. Rodríguez-Llera, M.C.; Domingo-Salvany, A. "Psychiatric comorbidity in young heroin users" *Drug Alc Dependence*. 2006;84(1):48-55.
98. Grullón, M. "La demanda institucional de adictos con doble diagnóstico en Curazao: actualidad y perspectivas" *Rev de la Fundación José Felix Ribas* (en prensa).
99. Herrero, M.; Domingo Salvany, A. " Psychiatric comorbidity in young cocaine users:. Induced versus independent disorders" *Addiction*. 2008;103(2):284-93.
100. Mauri, C.; Volonteri, L.S.; De Gaspary, E.; Colosanti, A.; Brambilla, M.; Cerruti, L. "Substance abuse in first episode schizophrenic patients: a retrospectivo study Clinical". *Pract Epidemiol*. 2006;2(4):320-22.
101. Green, A. Schizophrenia and comorbid substance disorders" *J Clinic sychiatry* 66. 2005;(6):21-6.
102. Karam, E.G.; Yabroud, P.F.; Melhem, N.M. "Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in acute general psychiatric admissions: a study from Lebanon" *Compar Psychiatry*. 2003;43(6):463-8.
103. Wobrock; T.; Soyka, M. "Pharmacotherapy of schizophrenic with comorbid substance use: Reviewing the evidence and clinical recommendations". *Biol Psychiatry*. 2008;32(6):1375-85.
104. Winkbaur, B.; Ebner, N.; Sach, G.; Thau, K.; Fischer, G. "Substance abuse in patients with schizophrenia". *Dialogos Clin Neurosc*. 2006;8(1):37-43.
105. Rehman, I.; Farooq, S. "Schizophrenia and comorbid selfreported cannabis abuse: impact on course,.simptomatology and service use". *J Pak Med Assoc*. 2007;57(2):60-4.
106. Green, A.; Brown, E. "Comorbid schizophrenia and substance abuse". *J Clin Psychiatry*. 2006;67(1):1-8.
107. Green, A. "Treatment of schizophrenia and comorbid substance abuse: Pharmacological approaches". *J Clin Psychiatry*. 2006;67(Suppl 1):36-7.
108. Toterdell, S. "The anatomy and comorbid neuropsychiatric disorders based on cortico-limbic synaptic interactions". *Neurotox Res*. 2006;10(2):65-85.
109. Raphael, B.; Wooding, S. Stevens, G. Connor, J. "Comorbidity cannabis and complexity". *J Psychiatr Pract*. 2005;11(3):161-6.
110. Mas-Bagá, M. "Editorial" *Rev Toxicomanías y Salud Mental*. 2009;55(1):1-2.
111. González, R. *Usted si puede dejar de fumar*. La Habana. Editorial Científico Técnica. 2008.
112. Martínez, M. *Espacios sin humo.* La Habana. Editorial Científico-Técnica 2009.